

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HASTA BİLGİLENDİRME VE YÖNLENDİRMELERİN
HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ;
(GÖZTEPE EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Ferda KARTAL

İstanbul, 2019

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HASTA BİLGİLENDİRME VE YÖNLENDİRMELERİN
HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ;
(GÖZTEPE EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Ferda KARTAL

Öğrenci No:

140746068

Danışman:

Prof. Dr. Nihat KÜÇÜKSAVAŞ

İstanbul, 2019

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirmelerin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi; (Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)**” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 23/05/2019

Ferda KARTAL



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

18.06.2019

Enstitümüz *İşletme* Anabilim Dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 140746068 numaralı *Ferda KARTAL*'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirmelerin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi; (Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 28/05/2019 tarih ve 2019/22 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince (50) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANISMAN

Prof. Dr. Nihat KÜÇÜKSAVAŞ
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Prof. Dr. Selahattin SARI
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Doç. Dr. Kamil USLU
(İzmir Kavram MYO.)

Adı ve Soyadı : Ferda KARTAL
Danışmanı : Prof. Dr. Nihat KÜÇÜKSAVAŞ
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans,2019
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Hasta memnuniyeti, Hasta bilgilendirmesi, Hasta Hakları,
Hizmet Kalitesi, Sağlık Eğitimi.

ÖZ

HASTA BİLGİLENDİRME VE YÖNLENDİRMELERİN HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ; (GÖZTEPE EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ)

Çalışmanın Amacı, “Ülkemizdeki kamu hastanelerinde hasta bilgilendirme ve yönlendirmelerin hasta memnuniyeti üzerine etkisini ve bu etkileşimin sayısal veriler olarak ortaya konmasını” hedeflemiştir. Hastaları bilgilendirme yöntemleri olarak kitle iletişim araçları, yazılı, işitsel ve görsel iletişim araçları, elektronik iletişim araçları, yine hasta bilgilendirilmesinde genel olarak hastane içinde kullanılan broşür, pano, hasta danışma ve hasta yönlendirme birimleri olmak üzere seçenekler ortaya koyulmuştur. Hastanede yaşanan olumsuzluklar hastane kaynaklı, sağlık sistemi kaynaklı, fiziki koşullardan kaynaklı, doktor kaynaklı, sağlık personeli ve hasta kaynaklı başlıklar altında incelenmiştir ve bu olumsuzlukların hastaları nasıl etkilediği ve hasta yönünden önemi açıklanmıştır.

Çalışmada, teknik olarak, literatür taraması ve anket uygulaması yapılmıştır. Anket sonuçlarının bilgisayar destekli istatistik programı yardımıyla yapılan analizlerini kapsamaktadır. Tez çalışması kapsamında Sağlık Bakanlığı Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesinde gönüllü 150 hastaya uygulanmıştır. Elde edilen bilgiler değerlendirilmiştir.

Araştırmanın sonucu olarak, özellikle ev hanımlarının sağlık okur-yazarlığı ve sağlık bilgisi yeterlilikleri diğer katılımcılara göre daha düşük çıkmış olup, ev hanımlarına yönelik sağlık bilgilerini geliştirici programların hedef gruba yönelik iletişim araçlarıyla geliştirilmesi önerilmektedir.

Name and Surname : Ferda KARTAL
Advisor : Prof. Dr. Nihat KÜÇÜKSAVAŞ
Degree and Date : Master, 2019
Major : Hospital & Health Care Management
Keywords : Patient Satisfaction, Patient Information, Patient Rights, service Quality, Health Education, Info Sharing,

ABSTRACT

THE IMPACT OF PATIENT INFORMATION AND REFERRAL ON PATIENT SATISFACTION; (A CASE OF GÖZTEPE EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL)

The study of this thesis aims “to reveal the impact of patient information and referral in domestic public hospitals and display the quantitative data of this interaction”.

Methods of patient information are stated as alternative means of mass media, printed and audio visual means, electronic means of communication, typically brochures, dashboards, patient info and referral points in hospitals. Complications faced in hospitals are examined under the headlines of problems generated of hospitals and the health system, complications originated from physical circumstances, led by physicians, health care staff and patients and how these complications influence patients, demonstrating the importance of these complications in terms of patient.

The study covers literature survey, public survey and computerized statistical analysis of questionnaire outcomes. The results were applied to 150 volunteer patients of ministry of Health Medeniyet University Göztepe Education and Research Hospital, under a postgraduate thesis. The findings were evaluated.

The conclusion of the survey reveals that housewives are particularly less literate in terms of health information and literacy of health compared to other survey attendees and suggests programmes to improve health knowledge of housewives through means of communication in terms of this target group.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	v
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTA HAKLARI, HASTA BİLGİLENDİRME ve HASTA YÖNLENDİRME YÖNTEMLERİ

1.1. Hasta Hakları.....	6
1.1.1. Hasta Haklarının Tanımı.....	6
1.1.2. Hasta Haklarının Gelişimi	6
1.2. Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirme	7
1.2.1. Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirmelerin Sağlık Hizmeti Kalitesine Etkisi ..	7
1.2.2. Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirme Süreci	8
1.2.3. Hasta Bilgilendirme, Yönlendirme ve Aydınlatılmış Onam ile ilgili Mevzuat	9
1.3. Hasta Bilgilendirme Yöntemleri	11
1.3.1. Hasta Bilgilendirilmesinde ve Yönlendirilmesinde Kitle İletişim Araçlarının Kullanımı	11
1.3.1.1. Yazılı İletişim Araçlarının Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirilmesinde Kullanımı	12
1.3.1.2. İşitsel İletişim Araçlarının Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirilmesinde Kullanımı	12
1.3.1.3. Görsel İletişim Araçlarının Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirilmesinde Kullanımı	12
1.3.1.4. Elektronik İletişim Araçlarının(İnternet) Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirilmesinde Kullanımı	13
1.3.2. Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirilmesinde Kullanılan Broşür ve Panolar..	14
1.3.3. Hasta Bilgilendirilmesinde Hasta Danışmanı ve Yönlendirme Personelleri .	15

İKİNCİ BÖLÜM
HASTA BİLGİLENDİRMELERDEKİ OLUMSSUZLUKLAR VE HASTA
YÖNÜNDEN ÖNEMİ

2.1. Hasta Bilgilendirmelerdeki Olumsuzlukların Kaynakları	16
2.1.1. Hastane Odaklı Olumsuzluklar	16
2.1.2. Sağlık Sisteminden Kaynaklanan Olumsuzluklar	17
2.1.3. Fiziki Şartlardan Kaynaklanan Olumsuzluklar	18
2.1.4. Doktor Kaynaklı Olumsuzluklar	20
2.1.5. Sağlık Personeli Kaynaklı Olumsuzluklar	22
2.1.6. Hasta Kaynaklı Olumsuzluklar	23
2.2. Bilgilendirmelerdeki Olumsuzlukların Hasta Yönünden Önemi	24

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
KAMU HASTANELERİNDE HASTA BİLGİLENDİRME VE
YÖNLENDİRMELERİN HASTA MEMNUNİYETİ ANKET ÇALIŞMASI

3.1. Araştırmanın Evreni Örnek Ve Örnekleme	26
3.1.1. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	26
3.1.2. Veri Toplama Araçları	26
3.2. Çalışmanın Bulguları	27
3.2.1. Demografik Dağılım	27
SONUÇ ve ÖNERİLER	43
ÖNERİLER	46
KAYNAKÇA	47
EKLER	52
Ek-1 Anket Soruları	52
Ek-2 Etik Kurul Raporu	56

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 2.1: 2012-2013 Türkiye’deki Sağlık Harcamaları (TUİK)	18
Tablo 3.1: Katılımcıların Demografik Dağılımı	27
Tablo 3.2: Katılımcıların Yaşlarına Ait Bilgiler	29
Tablo 3.3: Hastaneye Başvuru Sıklığı ve Diğer Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması	30
Tablo 3.4: Ölçek Alt Boyutlarının Normallik Sınaması	31
Tablo 3.5: Eğitim durumu, Başvuru Sıklığı, Medeni Durum, Çocuk Sayısı, Yaş, Meslek ve Ölçek Alt Boyutları Sınaması.....	32
Tablo 3.6: Cinsiyet, Çalışma Durumuyla Ölçek Alt Boyutları Sınaması	33
Tablo 3.7: Kategorik Yaşa dair Sağlık Bilgisi Alt Boyutundaki Post-Hoc Değerleri....	34
Tablo 3. 8: Meslek Grubuna Göre Sağlık Bilgisi Alt Boyutundaki Post-Hoc Değeri ...	35
Tablo 3.9: Meslek Grubuna Göre Sağlık Okur Yazarlığı Alt Boyutundaki Post-Hoc Değeri	36
Tablo 3.10: Ölçek Alt boyutları ve Zarara Uğrama Durumu Sınaması	37
Tablo 3.11: Ölçek Alt Boyutları ve Şikayetçi Olma Durumu	38
Tablo 3.12: Zarara Uğrama Durumu ve Şikayetçi Olma Durumu İlişkisi	38
Tablo 3.13: Zarara Uğrama ve Başvuru Sıklığı Tablosu.....	39
Tablo 3.14: Zarara Uğrama ve Cinsiyet Tablosu	39
Tablo 3.15: Zarara Uğrama ve Eğitim Durumu Tablosu	40
Tablo 3.17: Şikayetçi Olma Durumu ve Cinsiyet Tablosu.....	41
Tablo 3.18: Şikayetçi Olma Durumu ve Eğitim Durumu Tablosu.....	41
Tablo 3.19: Şikayetçi Olma Durumu ve Çalışma Durumu	42
Tablo 3.20: Şikayetçi Olma Durumu ve Başvuru Sıklığı.....	42

GİRİŞ

Türkiye’de ki kamu hastanelerine sağlık hizmeti almak için başvuran milyonlarca hasta ve yakınları vardır. Sağlık hizmetini alan ve sunan arasında problemler yaşanabilmektedir. Sağlık hizmetinin merkezinde hasta olan insan vardır. Bu yüzden de hizmet sunucuları insan hakları, ona paralel gelişim gösteren hasta hakları ve sorumluluklarını iyi bilmeleri gerekmektedir. Yine sağlık hizmetini verecek olan personelinde bu konuda aldığı mesleki eğitimlerde hastalar ile olan iletişim hakkında eğitimlerine önem verilmelidir. Sağlık personelinin iletişim problemlerinden dolayı tıbbi hatalar ortaya çıkabilmektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda hizmeti alan ve veren arasındaki bilgi eşitsizliği olduğunda hastaların yanlış teşhis ve tedavilerde durumun farkına varamamasına, aldığı hizmetin kalite ölçümünü yapamamasına ve tedavi süreçlerinde aktif olarak katılamamasına sebep olabilmektedir. Buda ölümlere, sakatlıklara, iyileşme sürelerinin uzamasına ve maddi kayıpların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı topluma kazandırılması ve toplumun sağlık alanındaki bilgi açlığı devlet eliyle sistemli, programlı eğitimlerle kapatılması önemlidir. Günümüzde Türkiye’de toplumun büyük bir kesiminde sağlık açısından bilgilendirilme ihtiyacı mevcut olup, halk bu ihtiyacını medyada ve internet üzerinde kontrolsüz, yanlış bilgilerle karşılamaya çalışmaktadır. Yanlış bilgilendirilen insanlar sağlık hizmeti aldıklarında sağlık personelleriyle çatışma yaşayabilmektedirler.

Tezin Amacı: Kamu hastanelerinde hasta bilgilendirme ve yönlendirmelerin hasta memnuniyeti üzerine nasıl bir etkisi olduğunu Sağlık Bakanlığı Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi örneği ile araştırmaktır. Bunun ile ilgili, Türkiye’de sağlık hizmetlerinde hasta bilgilendirmenin yasal mevzuatları hakkında bilgilendirme yapılarak, mevcut durumu ortaya koymak, yaşanan problemlerin tespitini yapmak, problemlerin kaynaklarını ve bu problemlere yönelik çözüm önerileri sunmaktır. Hasta bilgilendirme sürecinin hasta açısından önemine dikkat çekebilmektir.

Tez Çalışmasının Önemi:

Litaratürde konu ile ilgili yapılan tez çalışmaları incelenmiş ve aşağıda gösterilmiştir. Bunlar:

Esin Akbaş (2014) Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler(Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi örneği) adlı çalışmada hasta memnuniyetini etkileyen faktörler belirlenmiş, yapılan alan çalışmasında Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesinde sunulan hizmet ile hastaneye başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri, memnuniyet faktörleri değerlendirilmiştir. Sonuçta iletişim, bilgilendirme, etkili dinleme, hastalarla birebir ilgilenmenin, hasta merkezli hizmet vermenin hasta memnuniyet oranını yükseltmek için gerekli olduğu saptanmıştır.

Burak Özün (2015), Allerjik hastaların uyması gereken kurallar konulu hasta bilgilendirme formunun okunabilirliğinin değerlendirilmesi adlı çalışmada yazar Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerjisi Bilim dalında kullanılmakta olan "Allerjik hastaların uyması gereken kurallar" konulu basılı hasta eğitim metninin okunabilirliğinin "Çıkartmalı Okunabilirlik İşlemi" aracılığı ile değerlendirilmesini hedeflemiştir. Katılımcılar tarafından zor okunabilir düzeyde olan "Allerjik hastaların uyması gereken kurallar" konulu basılı hasta eğitim formunun hasta ve yakınları tarafından okunulabilirliğinin kolaylaştırılması gerektiği sonucuna ulaşmıştır.

Suzan Sönmez (2015), Ortaöğretimde sağlık okuryazarlığı isimli çalışma ortaöğretim öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyini ve sağlık konularına yönelik tutumlarını belirlemek ve ortaöğretim müfredatında bulunan biyoloji ve sağlık bilgisi ders kitaplarının sağlık okuryazarlığının gelişimine yönelik etkisini incelemektedir.

Ali Güven (2016), Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi isimli çalışmada hasta güvenliği, tıbbi hata ve sağlık okuryazarlığı, kavramlarının tanımları, türleri, modelleri gibi konular açıklanmıştır. Sağlık hizmetleri sunumunda önemli yere sahip olan hastaların sistem içindeki önemi artmakta olduğu için sağlık okuryazarlığının, hasta güvenliğinin önemi üzerinde durulmuştur. Hasta güvenliğinin sağlanmasında da hastaya düşen görev ve

sorumlulukların olduğu ve hastanın sürece aktif şekilde katılabilmesi için sağlık konusunda güçlendirilmesi için sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Pınar Demirli (2018), Bireylerin sağlık okuryazarlığı üzerine bir araştırma: Edirne ili örneği çalışmasında sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi verilerek, Edirne ilinde yaşayan kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyini ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur.

Müjdat Yeşildal (2018), Yetişkin bireylerde dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki: Konya örneği adlı yüksek lisans çalışmasında yetişkin bireylerde dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı arasında ilişki araştırılmış elde edilen bulgularla alana katkı sunmak hedeflemiştir. Sağlık okuryazarlığı tanımı yapılarak türleri, önemi, düzeyleri, düşük sağlık okuryazarlığının sonuçları, dünyada sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı ölçüm araçları üzerinde durulmuş ve diğer bir unsur olarak dijital okuryazarlık ele alınmış türleri, bileşenleri ve ölçme araçları incelenmiştir. Yapılan saha çalışması sonucunda da sağlık okuryazarlığı seviyesi; cinsiyet, yaş, gelir durumu ve öğrenim durumuna bağlı olarak değişmekte iken, dijital okuryazarlık seviyesi ise cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir durumu, öğrenim durumu, yaşanılan bölge durumuna göre değişiklik gösterdiği sonucuna varılmıştır.

Orhan Özer (2018), Sağlık hizmeti sunan kuruluşların kurumsal sağlık okuryazarlığı ile hizmet sundukları kişilerin sağlık okuryazarlığı ve hasta memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi adlı çalışmada İstanbul'da yer alan bir grup hastanede kurumsal sağlık okuryazarlık durumunu incelemek için ölçekler uygulanmış, hastanelerde yatan hastaların sağlık okuryazarlık ve hasta memnuniyeti ile kurumsal okuryazarlık ilişkisini karşılaştırılmıştır.

Mesut Teleş (2018), Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri ve hasta sonuçlarına etkisi: Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde bir araştırma adlı çalışmasında Ankara'da bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğine sağlık hizmeti almaya gelen hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini, sağlık okuryazarlığını etkileyen hasta özelliklerinin belirlenmesini ve sağlık okuryazarlığı seviyesi ile hasta

sonuçları arasındaki bağlantıyı ve sağlık okuryazarlığı seviyesinin hasta sonuçlarına etkisinin nasıl ve nedenli olduğunu ortaya koymak hedeflenmiştir.

Kenan Gözlü (2018), Sağlık okuryazarlığı ve hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi: Aile sağlığı merkezleri örneği isimli çalışmada sağlık okuryazarlığı gibi önemli bir olguda hasta-hekim ilişkisinin özelliklerini, önemini ve kalitesini ortaya koymak adına çalışma yapılmıştır.

Nazmiye Atalay (2019), Seçili kamu hastanelerinde hasta memnuniyeti üzerine çok boyutlu bir araştırma adlı çalışmada hasta memnuniyetinin özel hastanelerin rekabet piyasasında ayakta kalabilmesi için önemli iken, kamu hastanelerinde hizmetlerin iyileştirilmesi, kamu çalışanlarının performansının ölçülmesi açısından önemine vurgu yapmıştır. Seçili kamu hastanelerinde hasta memnuniyetine etki eden unsurların çok boyutlu araştırılması yapılmıştır. Seçilen kamu hastanelerinde yapılan anket çalışmasıyla da doktorlar en başta olmak üzere, hastane çalışanlarının hastalara yaklaşımının, hastanenin fiziki imkânlarının ve bazı demografik özelliklerin hasta memnuniyeti üzerinde çok etkili olduğu görülmüştür.

Hicran Özdemir (2019), Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi uygulamaları ve algılanan hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerine etkisi: bir üniversite hastanesi örneği çalışmada öncelikli olarak kalite ve kalite yönetimi incelenmiş, kalitenin yönetim ilkeleri üzerinde durulmuştur. Hizmet kavramı ve özellikleri, hizmet kalitesinin boyutları incelenmiş olup daha sonra hastanelerde sağlık hizmetinin özellikleri belirtilerek sınıflandırılmasına değinilmiştir. Sağlık hizmetinden yararlanacak olan hasta kavramı açıklanmış ve Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan anket çalışmasıyla da genel hizmet kalitesi açısından değerlendirilmesi yapılmış, hastaların beklentilerini karşılayamadığı sonucuna varılmıştır.

Merve Gençyürek Erdoğan (2019), E-sağlık okuryazarlığı: Dijital mecralarda sağlık reklamları adlı çalışmada e-sağlık, e-sağlık okuryazarlığı, e-sağlık okuryazarlığı bileşenleri, kavramları ile sağlık, medya, reklam kavramları üzerinde durulmuştur. Türkiye'de ilgili mevzuatlar gereği sağlık alanında reklam vermenin yasak olması vurgulanmış, sağlık ile ilgili içerikler İnternet ortamları reklam verenlerin yeni adresi

olduğu, dijital dnyanın, sağlık içerikli reklamların sıklıkla kullanıcılara sunulduğu bir mecra olduğundan söz edilmektedir.

Yukarıdaki literatürde belirtilen çalışmalardan sadece bir çalışma konumuzla ilişkilidir ancak birebir değildir. Bundan dolayı çalışmamız diğerlerinden farklı ve kendi yapısında önemlidir.

Tezin Sınırlaması: Çalışma sadece İstanbul İli Kadıköy ilçesindeki Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesini kapsamaktadır.

Tezin varsayımı:” Kamu hastanelerinde hastaların doğru bilgilendirilmesi hasta memnuniyetini olumlu yönde etkiler” .olarak belirlenmiştir.

Yukarıdaki amaç, önem, sınırlama ve varsayımına göre çalışma üç ana bölümden oluşmaktadır çalışmanın birinci bölümünde hasta hakları ve bilgilendirmenin önemi, bilgilendirmenin hizmet kalitesine etkisi, bilgilendirme süreci, aydınlatılmış onam formu ve hasta bilgilendirme yöntemleri mevcuttur.

Çalışmanın ikinci bölümde hastanın bilgilendirme sürecindeki olumsuzluklar, bu olumsuzlukların hasta açısından önemi üzerinde durulmuştur. Proje literatür taraması şeklinde oluşturulmuştur. Çalışmanın nc ve son bölümünde ise,konu ile ilgili literatür taraması ve çoktan seçmeli beşli likert usulüne göre anket uygulaması yapılmıştır. Anket kamu hastanelerinde hasta bilgilendirme ve yönlendirmelerin hasta memnuniyeti anket çalışması şeklinde belirlenmiştir. Çalışmada konu ile ilgili literatür taraması yapılmış, yayınlanan kitaplar, makaleler, yayınlanmamış tezler ile güvenilir internet kaynaklarından faydalanılmıştır. Elde edilen veriler birbiri ile ilişkilendirilerek değerlendirilmiştir. Anket uygulamasının değerlendirilmesi SSPS 22’ye göre değerlendirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTA HAKLARI, HASTA BİLGİLENDİRME ve HASTA YÖNLENDİRME YÖNTEMLERİ

Türkiye’ de uygulanan sağlık sistemi, karmaşık, ağırlıklı olarak da sosyalist bir devlet anlayışı temeline dayanan bir sistemdir. T.C. Anayasasının 60. Maddesinde’’ herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu hakkaniyeti yerine getirebilecek tedbirleri almak ve teşkilatları oluşturmak görevidir ’’denilmektedir.¹

1.1. Hasta Hakları

1.1.1. Hasta Haklarının Tanımı

İnsan hakları evrensel beyannamesine göre insanın yaşama hakkı; vazgeçilmez ve devredilmez bir hak olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hakkı ise insanların yaşama haklarının sürdürülebilirliğini sağlamak için devlet ile bireyler arasındaki ikincil kuşak insan haklarıdır. Yukarıdaki insan hakları evrensel beyannamesi ve Türkiye Cumhuriyeti’nin 60. Maddesi hükümlerine göre hastaların korunması, kollanması ve tedavilerinin yapılabilmesi bir hak olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta haklarının tanımı, insan haklarının vazgeçilmez bir unsuru olarak ortaya çıkan hastaların geçici ya da kalıcı olarak tedavilerinin yapılmasında herhangi bir ayırım yapılmadan sunulan sağlık hizmetlerinin bütünü olarak tanımlanabilir. Buna ilaveten hasta hakları toplumsal bir hak olarak nitelendirilebilir.

1.1.2. Hasta Haklarının Gelişimi

1970’lerden sonra hızlı gelişen teknolojiler, artan nüfus ile beraber sağlık hizmetleri yeteri kadar hizmet verilememiştir. Ülkelerdeki karmaşık sağlık sistemlerinden dolayı yeteri kadar düzenleyici bir sağlık sisteminin olmaması hasta mağduriyetlerinin yaşanmasına sebep olmuştur. Buda hasta hakları olgusunun zamanla

¹TBMM,TürkiyeCumhuriyetiAnayasası,https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf (05.01.2019).

gündeme getirmiştir.1981’ de dünya tabipler birliği tarafından yayınlanan Lizbon hasta hakları bildirgesi bütün ülkeler için uyulması gereken zorunluluğu getirmiştir. Bu bildirge ilk olması açısından temel olarak kabul edilebilir ancak hekim-hasta ilişkisine yöneliktir. Bu kapsamda hastaların hekim dışı personel ile ve sağlık kurumları ilişkisi açısından kapsamı yetersiz kaldığı söylenebilir. Bu yetersizlik 1995 yılında yine dünya tabipler birliği tarafından Bali’ de yayınlanan Hasta Hakları bildirgesi 11 madde olarak daha yayınlanmıştır. Bu bildirgelerde görülen önemli husus hastaların her türlü hastalıklarıyla ilgili bilgilendirilmesidir.²

Tıbbi etikte hasta mahremiyetine saygı duymak temel ilkelere biridir. Hasta mahremiyeti; hastanın kendi değer yargılarına dayanarak kendisi hakkında karar verme ve bu kararlara dayanarak uygulamalara imkan vermektir. Ayrıca hastalık olgusu kişinin normal yaşam düzenini tehdit edeceğinden mahremiyetini de olumsuz etkilemiş olur. Tıbbi uygulamaların en önemli amacı hastalığı engellemek ve iyileştirmek, hastayı sağlığına kavuşturmadır. Hastaların kişisel haklarını kullanabilmeleri için hastaların hastalıkla ilgili bilgilencmeleri şarttır. Bilgilendirme yapılırken basitlikten uzak, hastanın sosyo-kültürel seviyesine uygun kapsamlı ve hastanın aklında hiçbir kuşkuya mahal vermeyecek şekilde yapılabilmelidir. Bu yüzden bilgilendirme tabiri yerine aydınlatmak ifadesi kullanılabilir. Hastaların kişisel haklarının bir diğer önemli ögesi de rıza (onam)’ dır. Aydınlatma yapıldıktan sonra rıza alınır. Günümüzde hazırlanan formların ismi ‘Aydınlatılmış Onam Formu ‘ olarak ta kullanılmaktadır

1.2. Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirme

1.2.1. Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirmelerin Sağlık Hizmeti Kalitesine Etkisi

Artan ülke nüfusu ile birlikte kişi başına düşen sağlık giderleri de artabilmektedir. Verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak hem de sağlık hizmeti harcamalarını efektif hale getirmek, kayıt dışı giderlerin önüne geçmek için 2003 yılında sağlıkta dönüşüm projesi başlatılmıştır. Bu proje kapsamında 663 sayılı Kanun

² Sağlık Bakanlığı,Bali Bildirgesi, 11.02.2015 <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/bali.htm> (10.01.2019).

Hükmünde Kararname (KHK) ile 2 Kasım 2012 yılında Kamu Hastaneleri Birlikleri kurulmuştur.³

Profesyonel hasta yönetimi anlayışı ile kaliteli hizmet sunumu hedeflenmiş ve bu hedef doğrultusunda bütün kaynakların yerinde kullanımı amaçlanmıştır. Sonuç olarak Kamu Hastaneleri Birliği ve birlikler bünyesindeki hastane yönetimlerinin bu politika ile ortaya koydukları performansları bazı kriterlere göre değerlendirilmeleri öngörülmüştür. Bu değerlendirme kriterlerinden biride hizmet kalitesidir.

Sağlık hizmeti kalitesinin özünde bilgilendirmenin ve eğitimin önemli bir yeri vardır. Sağlık hizmetleri uzmanlık isteyen hizmet türüdür. Bu durum sağlık hizmeti alan ve bu hizmeti sunan arasında bilgi eşitsizliğine sebep olmaktadır. Meydana gelen bu eşitsizlik hizmet alıcılarını hizmet sunucularına bağımlı hale getirmektedir.⁴ Bu durumda hizmet kalitesi ölçümünde sağlıklı verilere ulaşmak zorlaşabilmektedir. Sağlık hizmeti alanlar sağlık personelinin teknik becerini değerlendirebilecekleri, ya da kendileri için hangi tedavinin uygun olacağı hangi gerekli olabileceği gibi bir çok konuda bilgi sahibi olmadıkları için hizmet kalitesi algısı düşmektedir.

Eğitim ve bilgilendirme, verilen sağlık hizmetinin kalitesini artıran önemli noktalardan biridir. Günümüzde hastaneler de hastaları yeteri kadar bilgilendirme ve yönlendirme yapılmadığı için ciddi problemler yaşanmakta, malpraktis oranları artabilmektedir.

1.2.2. Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirme Süreci

Gittikçe artan hastalıklar, nüfus artışı hastanelere başvuran hasta sayısını artırabilmektedir. Hastaneler toplumun ihtiyaçlarına cevap verebilmek ve bu hizmeti verirken de kamusal sağlık hizmetini hedeflemektedirler. Hasta ve yakınları tarafından piyasada bulunan hangi sağlık kurumunun tercih edebileceği o kurumun hizmet kalitesiyle doğru orantılıdır. Hasta için tanı ve tedavi süreci kuruma başvurduktan sonra başlasa da, hasta bilgilendirme ve yönlendirme süreci hasta evdeyken başlamaktadır. Hastanın kuruma başvurduktan sonra tanı ve tedavi aşamalarından taburculuk

³ 02/11/2011 tarih ve 28103 sayılı resmi gazete yayını.

⁴ Metin Ateş, Sağlık Sistemleri, Beta Yayıncılık, İstanbul, 2013, s3

aşamalarına kadar kapsar. Bunlara ilaveten hastanın taburcu olmasından sonra gerekiyorsa bu hizmetler hastanın evdeki durumunu da kapsar. Sürecin sorunsuz ilerleyebilmesi için hasta da kendine ait verileri aktararak sürece katkıda bulunması gerekir. Hastanın yapılan tedavilere karşı vücudunun verdiği tepkileri her türlü belirti ve bulguları sağlık ekibine bildirmelidir.

1.2.3. Hasta Bilgilendirme, Yönlendirme ve Aydınlatılmış Onam ile ilgili

Mevzuat

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesinde⁵ herhangi bir hastaya yapılacak olan her türlü girişimsel işlemde hastanın izninin alınması gerektiğini, eğer hasta çocuksa yada akli dengesi yerinde olmayan birey ise velisi yada vasisinden izin alınması gerektiğini ifade eder. Aksi yönde davrananlar idari para cezasına çarptırılır denmektedir.

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14. maddesi hekim ve diş hekimi hastanın durumunun gerektirdiği bütün tıbbi önemi gösterir. Ölümcül bir hastalığı olsa bile ya da sağlığını korumak tıbben mümkün olmasa da hastanın ağrılarını dindirmekle ve hafifletmek için çalışmalıdır. Hastaya hastalığı hakkında ümit vererek yaklaşmalı, hasta üzerinde kötü bir etki yaparak hastalığının artmasına neden olmayacaksa hastalığın tüm seyrini, tedavi sürecine dair bilgileri ve alınması gereken önlemler hakkında hastasını bilgilendirme yapması gerekmektedir. Eğer hastaya verilecek bilgiler onda moral bozukluğuna sebep vererek tedavi sürecini olumsuz etkileyebilecekse ya da hastalığın vahammiyetine göre bu bilgiler verilmeyebilir.

2238 sayılı Organ ve Doku kanununun 7. maddesi uyarınca organ veya doku alacak tabipler organ veya doku alınması esnasında ve sonrasında yaşanabilecek bütün problemleri vericiye uygun bir dille ve teferruatlı bir şekilde anlatabilmelidirler. Yine doku veya organ bağışçısına; nakil yapılacak hastaya ne gibi yararlar sağlayabileceği de anlatılmalıdır.

⁵Türk Tabipler Birliği, **1219** sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 08/11/2014

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=1014:1219-tababet-ve-uabati-sanatlarinin-tarzi-crasina-dar-kanun&catid=1:yasa&Itemid=28 (15.01.2019)

Hasta Hakları yönetmeliğinin 7. Maddesinde ⁶hasta sağlık hizmeti alacağı kurum veya kuruluşlardan alacağı hizmete dair başvurduğu kuruluştan nasıl yararlanabileceğini, verilen her türlü imkandan haberdar olabilmek için ayrıntılı bilgi isteme hakkına sahiptir. Bütün sağlık bakım hizmet sunumu yapan kurumlar bu doğrultuda hastaları bilgilendirme alt yapısını oluşturmak zorunluluğu vardır. Bu konuda yetişmiş personel bulundurmak, her türlü teknik donanım ve alt yapıyı oluşturmak, uygun yerlerde hasta ve yakınlarının ulaşabilecekleri bilgilendirici ve yönlendirici hasta panoları, tabelalar, broşür ve işaretleri kullanıma sunmak zorundadır denilmektedir.

Hasta Hakları yönetmeliğinin 15. Maddesinde hasta bilgilendirmelerin kapsamı belirtilmiştir. Hekim hastasına hastalığının muhtemel sebeplerini, nasıl seyredeceğini, hangi tedavilerin uygulanacağını, kim tarafından ve ne zaman yapılacağı konularında, tedavi sırasında karşılaşılabilecek komplikasyonlar hakkında ve tedaviyi reddetme durumunda hastayı ne gibi durumların beklediği konusunda bilgi verir.

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 18.Maddesinde hastaya verilecek bilgilerin hepsi hastanın anlayabileceği dilde, hastanın sosyo-kültürel durumuna ve psikolojik durumuna uygun şekilde verilmelidir. Bilgilendirme normal sosyal yaşam konuşmasıyla ve tıbbi terimlerden uzak bir şekilde yapılmalıdır. Hastayı korku, şüphe ve tereddüte sokacak ifadelerden kaçınarak bilgilendirme yapılmalıdır. Hasta ile kurulabilecek ortak bir dil yoksa tercüman aracılığı ile bilgilendirme yapılmalıdır. Tercüme edilen bilgilerin doğruluğundan emin olunmalıdır.

⁶ 01.08.1998 Tarihli, 23420 sayılı Resmî Gazete yayını

1.3. Hasta Bilgilendirme Yöntemleri

1.3.1. Hasta Bilgilendirilmesinde ve Yönlendirilmesinde Kitle İletişim Araçlarının Kullanımı

Dünyada dördüncü kuvvet olarak varsayılan toplu iletişim araçları yani medya, bilginin kısa sürede ve hızlı yayılımında büyük rol oynamaktadır. Medya dediğimiz oluşumun öğeleri olarak gazete, dergi, radyo, televizyon, internet ve internette sık kullanılan sosyal medya olgularıdır. Günümüzde sık kullanılan bu araçlar yardımıyla haber, bilgi, düşünce, fikir içerikli görsel, işitsel veriler bireylere hızla ulaştırılabilmektedir. Yaşadığımız çağ bilgi çağı adlandırılmakta ve internet sayesinde bilgiye ulaşımında bütün ülke sınırları kaldırılmıştır. Böylelikle dünya global bilgi toplumuna dönüşmüştür. Hızlı gelişen ve değişen bilgi teknolojileri sayesinde bilgiye ulaşım kolaylaşırken sağlık alanında bilgi teknolojileri yaygın olarak kullanılabilir. Tıbbi teknolojilerin gelişmesi teşhis ve tedavileri de hızlandırarak tıbbi bilginin yaygınlaşmasını sağlamıştır. Tıbbi bilgilerin doğruluk derecesinin testi bilgi teknolojileriyle daha hızlı bir şekilde gerçekleştirildiği söylenebilir.⁷

Medya unsurları haber ve bilgi paylaşımının dışında toplumun eğitimi konusunda da sosyal bir görevi de yerine getirmektedirler. Sağlık bilgi birikiminin temelini oluştururlar. Bu bakımdan bakılınca da sağlık hizmeti veren kişilerin eğitiminde ve sağlık araştırmalarında önemli kaynak teşkil edebilirler. Sağlıkla ilgili etik olmayan bilgilerin verilmesi de önlenmelidir.

Sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar toplumu güvenilir bir şekilde bilgilendirmek adına iletişim araçlarını sıkça kullanmaya başlamışlardır. Burada amaç hem kendi hizmet kalitesine vurgu yaparak reklam yapmak hem de sağlık hakkında toplumu bilinçlendirmektir.

⁷ Kezban Karagöz, Sağlık İletişimde Sosyal Medyanın Rolü: Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Sosyal Medya Kullanımının İncelenmesi,(İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi),2016, İstanbul,ss 164

1.3.1.1. Yazılı İletişim Araçlarının Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirilmesinde Kullanımı

Gazete, dergi gibi ürünler belirli zaman periyotlarında basılan ve dağıtımı yapılan, haber ve bilgiyi topluma ulaştırmayı hedefleyen iletişim öğeleridir. Yalnız bilgilendirmeyi değil aynı zamanda toplumda sağlık eğitimi konusunda da büyük öneme sahiptirler.

Gazete ve dergi gibi yazılı medya organları sağlık konusunda bilgilendirme yada haber yapacakları zaman sansasyonel unsurlardan uzak, yalan haber, yanlış ve yargılayıcı ifadelerden uzak doğru bilgi aktarımında özen gösterebilmelidirler. Zaten sağlık eğitimine açık bir toplumda çok çabuk sansasyonel haberler rağbet görmektedir. Yalan yanlış sağlık bilgisi eğitime açık bir toplum tarafından sorgulanmadan çok çabuk kabul görebilir.

1.3.1.2. İşitsel İletişim Araçlarının Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirilmesinde Kullanımı

Radyo okuma yazma bilmeyen fertlere ve diğer iletişim araçlarının kullanılmadığı durumlarda (trafikte) insanların en çok başvurdukları iletişim aracıdır. Bu tür kitle iletişim araçlarında sağlık konusunda bilgi verilirken çok dikkat edilmesi gerekir. Zira bilgi yanlış verildiğin de toplumun sağlığa olan bakış açısı olumsuz etkilenebilir. Günümüzde radyolar bilgi verilmesi amacıyla daha çok reklam odaklı yayın hizmeti vermektedirler.

1.3.1.3. Görsel İletişim Araçlarının Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirilmesinde Kullanımı

Kitle iletişim araçlarından en popüler olanı, en fazla kişiye ve en hızlı olanıdır. Son yıllarda artan sağlık programları insanlar tarafından ilgiyle takip edilmekte. Artan ilgi ve talep doğrultusunda hastalık ve tedavi yöntemlerinin işlendiği programlarda artmaktadır. Özellikle gündüz kuşağında yayınlanan ve ev hanımlarına yönelik programlarda sağlıkla ilgili konular işlenmekte hastalıklar, hastalık belirtileri ve tedavi

yöntemlerine yer verilmektedir. Bu da sağlık bilgisi yetersiz olan halkta paniğe sebep olabilmekte, halk tv’de edindiği bilgi ile teşhisini koyarak sağlık kuruluşlarına başvurabilmektedirler. Oysaki tıpta altın kural ‘‘hastalık değil, hasta vardır’’ düsturudur. Yani bir hastalığa ait belirtilere bakarak hastalık teşhisi konulamayacağı, hastanın ayrıntılı muayenesi, tetkikleri sonucu tanıya gidilebilmektedir. Bilinçsizce yanlış bilgilerle hem kendileri hem de çevrelerindeki diğer insanlarda tedavi uygulamaya kadar gidebilirler.

1.3.1.4. Elektronik İletişim Araçlarının(İnternet) Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirilmesinde Kullanımı

21. yüzyıl bilgisayar ve internet kullanımının çok yaygınlaştığı, bireylerin bilgiye ulaşma, bilgiyi saklama, yaygınlaştırma, paylaşma ve bilgiye ulaşmanın çok hızlı yaşandığı teknolojik bir devirdir. Bilgi teknolojilerinin bu kadar yaygın olarak kullanımının bir diğer sebebi de bilgiye çok hızlı, ucuz ve kolay yoldan ulaşılabilmesidir. İnsanlar artık buldukları ortam ve zamana bakmaksızın istedikleri zaman hastalıklar, ilaçlar, sağlık kuruluşları, doktorlar, sağlık alanındaki yeni buluş ve teknolojik yenilikleri takip edebilmektedirler.⁸

BM Uluslararası Telekomünikasyon Birliğinin (ITU) verilerine göre dünyada iki milyar civarında internet kullanıcısı vardır. İnternette her geçen gün artan sağlık web siteleri normal sağlık bilgileri dışında, yaygın ve kronik hastalıklar (diyabet, yüksek tansiyon, kalp hastalığı) ile ilgili egzersiz, diyet, ilaç eğitimi konusunda veri kaynağı sağlayabilmektedirler.

Türkiye’de de son yıllarda dünya ile paralel olarak internet kullanımı artmıştır. Bu yolla güvenilir sağlık bilgisine ulaşan bireylerin sağlıklarını geliştirmede ve sağlık hizmeti alıcıları olarak güçlenmelerine neden olabilir. Kaliteli hizmeti sorgulanması, kalitesiz olan sağlık hizmetlerinin de otomatik olarak denetlenmesini sağlamış olur.

⁸ Sezen Erer., Kitle İletişim Araçları ve Tıp Etiği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2013;3,ss 24-28

Hastaların güçlenmesi demek sağlıklarına dair kontrol mekanizmalarını ellerinde bulundurması sağlık alanında oto kontrolü sağlayabilecektir.⁹

Hekimler hastalarla olan ilişkileri bakımından internet kullanımının müsbet sonuçlar doğuracağını düşünmektedirler. Hastaların internet üzerinden edindikleri bilgiler ile kendi sağlık durumları üzerinde daha fazla söz sahibi olduklarını, kontrol mekanizmalarını güçlendirdiklerine inanmaktadırlar.¹⁰

1.3.2. Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirilmesinde Kullanılan Broşür ve Panolar

Hastane içinde uygun yerlere koyulan hasta panoları, yine matbu broşürlerle de bilgilendirme yapılabilmektedir. Panolar hastanelerin muhtelif yerlerinde hasta ve hasta yakınlarının faydalanabileceği bilgilerin, işaretlerin yazılı olarak asılı olabilir. Örneğin hasta haklarının, diyabet, emzirme eğitimleri, kamu spotları, seminer duyuruları şeklinde olabilmektedir.¹¹ Hasta panolarının elektronik olanlarından ise acil servislerde, polikliniklerde ve ameliyathanelerde işlem ya da muayene sıra takibinin yapılması hedeflenmektedir. Hasta ve hasta yakınlarına elektronik panolar yardımıyla bilgilendirme yapılmakta, böylece yoğunlukların yaşandığı yerlerde kargaşa ve karışıklıkların çıkması engellenmektedir. Bilgilendirme broşürleri ise hastanelerin tanıtımının yapıldığı, girişimsel işlemlerin öncesi ve sonrasında yapılması gerekenlerin anlatıldığı, yalnızca hasta değil hasta yakını ve refakatçilerinin de bilgilendirilmesini hedefleyen dökümanlardan sayılabilir. Yine bu broşürler aracılığı ile hastalıklar hakkında bilgilendirme, hastalıklardan korunma yöntemleri gibi bilgilerde yer alabilmektedir. Broşürler hastanelerden temin edilebildiği gibi hastanelerin web sitelerinden de ulaşılabilir.¹²

⁹ Nur Görkemli, Sağlık İletişiminde İnternet Kullanımı Üzerine Bir Araştırma http://www.tojdac.org/tojdac/VOLUME7-ISSUE1_files/tojdac_v07i11111.pdf, (15.06.2019).

¹⁰ Eda Yirmibeşoğlu ve Diğ.2005,Kanser Hastalarının Bilgi Arayışında İnternet Kullanımı, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,Şubat 2012,ss.125-128

¹¹Sağlık tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/belge/um_sagliktesislerindehastahaklari.pdf (15.06.2019)

¹² Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyabet ile ilgili broşürler <https://goztepeah.saglik.gov.tr/TR,89492/diyabetle-yasamak.html>,(20.06.2019)

1.3.3. Hasta Bilgilendirilmesinde Hasta Danışmanı ve Yönlendirme Personelleri

Hasta danışmaları hastanenin giriş kısımlarında yer alabilmektedirler. Hastalar tarafından bilgi alma amacıyla ilk başvuru yerleridir. Danışma birimlerinde hastaneye kabul işlemlerinin yapıldığı, muayeneler için barkot basıldığı, muayene sonrası tetkik ve yatış işlemlerinin yürütüldüğü, bilgilendirme ve rehberlik hizmetleri verilebilmektedir. Hasta yönlendirme birimleri ise hizmet kalite standartlarında, belli ve sistemli eğitimlerden geçmiş personellerin çalıştırıldığı birimlerdir. Bu personeller hastaneye başvuran özürlü, yaşlı, yakını olmayan, yardıma ihtiyaç duyan hastalara hastaneden alacakları hizmetler bitinceye kadar refakatçi, rehber ve yardımcı olmaktadır. Hasta ve yakınlarına karşı güler yüzlü, nazik, güven telkin eden, hastane kurallarına uymalarında yardımcı olabilmek asli görevlerindedir.¹³

¹³Hasta Karşılama, Danışma ve Yönlendirme Talimatı. <https://docplayer.biz.tr/3304589-Hasta-karsilama-danisma-ve-yonlendirme-talimati.html> (20.06.2019)

İKİNCİ BÖLÜM

HASTA BİLGİLENDİRMELERDEKİ OLUMSUZLUKLAR VE HASTA YÖNÜNDEN ÖNEMİ

2.1. Hasta Bilgilendirmelerdeki Olumsuzlukların Kaynakları

2.1.1. Hastane Odaklı Olumsuzluklar

Kamu hastaneleri birliği bünyesinde hizmet veren hastanelerde hizmet kalitesini artırmak birincil görev olarak belirlenmiştir. Bu hastanelerin yöneticilerinin yetki ve sorumluluklarının sınırları ve kapsamı sürekli değişim halindedir. Bu değişim sürecinin belirsizliğinin boyutu ne olursa olsun hasta haklarına riayet etmelidirler.

Hasta hakları yönetmeliğinin 7.maddesinde, sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların hastalıklarıyla ilgili, tedavi sürecine dair bilgilendirme ve hangi tür hizmetlerin olduğunu ve bu hizmetlerden nasıl yararlanacağı hakkında bilgi isteme hakkı vardır denilmektedir. Sağlık hizmeti vermekle yükümlü kurum ve kuruluşlar hastanın bu haklarından doğacak taleplerini karşılamak için her türlü tabela, bilgilendirme panoları, broşür ve teknik donanımı ayrıca bilgilendirme için eğitimli personel bulundurması gerekmektedir denilmektedir. Hastane yönetimlerinin hedefi hasta haklarını rehber edinerek, hasta memnuniyet oranlarını üst seviyelere taşımak bu yolla hastaların sağlıklı olarak topluma kazandırılmasıdır.

Hastane yönetimlerinin yanlış politikaları, personel eksikliği, hizmet sunumu yapan personelin iletişim problemleri, eksik teknik donanım, malzeme yetersizliği ve personelin tecrübe, eğitim eksikliği olarak sayılabilir. Bu bağlamda hastane yönetimleri hizmeti sunan ve hizmeti alanların memnuniyetlerinin artırmayı hedeflemelidirler. Bu hedef doğrultusunda hasta ve yakınlarının doğru bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi büyük önem kazanmış olur. Hasta ve çalışan memnuniyet oranları yüksek çıkan yönetimler için sorumluluklarını yerine getirmiş diyebiliriz.¹⁴

¹⁴ Sağlık Bakanlığı, Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi, temmuz 2015, http://hastane.ksu.edu.tr/depo/belgeler/Anket%20Uygulama%20Rehberi_1710261642248279.pdf (25.06.2019).

2.1.2. Sağlık Sisteminden Kaynaklanan Olumsuzluklar

Sağlık hizmetlerinin genel tanımı için; Yalnızca hastalıkların tedavi edilmesi değil hastalıkların ortaya çıkmaması için de sağlığın korunması için yapılan çalışmaların bütünü denilmektedir.¹⁵Bu tanımı amaç kabul etmiş sağlık sistemleri oluşmuştur. Her ülkenin kendine ait bir sağlık sistemi vardır ve sistemlere bağlı olarak sağlık hizmetleri sürdürülmektedir. Sağlık sistemlerinin amacı sadece bireylerin sağlık seviyelerini yükseltme sorumluluğu değil, toplumu hastalıkların olası risklerine karşı korumak, eğitmek ve bu çalışmalara rağmen oluşabilecek hastalık, sakatlık halinde de tedavi, rehabilitasyon hizmetlerini vermektir. Özetle sağlık sistemlerinin görevi;¹⁶

- Toplumun sağlık seviyesini yükseltmek,
- Bireylerin sağlık adı altında beklenti ve ihtiyaçlarına cevap vermek,
- Sağlığın korunmasında, hastalık veya sakatlık durumunda finansal desteğin organize edilmesi olarak söyleyebiliriz

Türkiye’de, dünyadaki başarılı sağlık sistemlerine bakarak, tam oturmuş ve işlevsel diyebileceğimiz bir sağlık sisteminden bahsetmemiz mümkün gözükmemektedir. Oldukça karmaşık, her geçen gün değişime uğrayan ve şekil verilmeye çalışılan bir sağlık sistemi mevcuttur diyebiliriz. Türkiye’de tedavi edici sağlık hizmetlerine harcanan para her geçen gün artmaktadır. 2012 yılında toplam sağlık giderleri 74.189.000.000 TL iken, 2013 yılında %13,8 oranında artış göstererek, 84.390.000.000 TL olmuştur. Yine 2013 yılı istatistiksel verilerine bakacak olursak halk sağlığı programları sunumu ve yönetimi için harcanan miktarın 3.187.000 TL olduğunu görmekteyiz.¹⁷ Sağlık giderlerinin çoğu tedavi edici sağlık giderlerine gitmektedir. Oysaki hastalıklardan korunmaya öncelik verilmelidir. Çünkü hastalıkların önlenmesi ya da ortaya çıkmasının engellenmesi tedavi etmekten çok daha etkin, ucuz ve kolaydır. Ortaya koyduğumuz bu veriler çerçevesinde özetle bilinçli sağlık toplumu oluşturmalı, toplumu oluşturan bireylere öz sorumluluklarını üstlenebilmelerine olanak sağlamalı, sağlık durumlarını kendi kendilerine takip

¹⁵ Ateş, M., a.g.e. ,s2

¹⁶ Özgür UĞURLUOĞLU, Yusuf ÇELİ, Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1, ss7, (2005)

¹⁷ TÜİK, Türkiye Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 05/11/2014
, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16161> , (27.06.2019).

edebilmelidirler. Buda ancak toplumun sağlık alanında eğitilme ve öz bilincin oluşturulmasıyla alakalıdır.

Tablo 2.1: 2012-2013 Türkiye’deki Sağlık Harcamaları (TUİK)

(Milyon TL)

	2012				2013			
	Toplam	%	Genel devlet	Özel sektör	Toplam	%	Genel devlet	Özel sektör
Toplam sağlık harcaması	74 189	100,0	58 785	15 404	84 390	100,0	66 228	18 162
Carl sağlık harcaması	70 288	94,7	55 648	14 640	79 702	94,4	62 447	17 255
Hastaneler	38 088	48,8	29 609	8 479	41 786	49,6	34 095	7 691
Evde hemşirelik bakımı	2	0,0	-	2	2	0,0	-	2
Ayakta bakım sunanlar	10 125	13,6	7 718	2 407	10 807	12,8	7 978	2 830
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	19 106	25,8	14 492	4 614	21 230	25,2	15 742	5 488
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	2 546	3,4	2 546	-	3 167	3,8	3 167	-
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	345	0,5	194	151	312	0,4	207	106
Sınıflandırmamayan diğer kategori	2 077	2,8	1 090	987	2 398	2,8	1 258	1 140
Yatırım	3 901	5,3	3 137	764	4 688	5,6	3 781	907

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı veremeyebilir.
- Diğer yoktur.

Sağlık kurumlarına başvuran hasta ve yakınları kuruma başvurdukları zaman sağlıklarıyla ilgili tüm bilgi donanımına ve eğitimine sahip olsalar, tanı, tedavi süreçlerine daha etkin katılmalarına imkan sağlayacaktır. Buda daha erken sağlıklarına kavuşmalarında etkili olacaktır. Bilinçli farkındalık sayesinde yanlış tanı, tedavi ve düşük kaliteli sağlık hizmetini sorgulayabileceklerdir.

2.1.3. Fiziki Şartlardan Kaynaklanan Olumsuzluklar

Hasta ve yakınları sağlık hizmetine ulaşımda birçok sorunla karşılaşabilirler. Bunlardan biri sağlık kurum ve kuruluşlarına ulaşım. Özellikle metropol şehirlerde hastaneler nüfusun yoğun olduğu yerleşim birimlerinin merkezinde kalmıştır. Hastaneler inşa edilirken ulaşımı kolay, geniş ferah alanların olduğu, gürültü, kötü koku ve çevre kirliliğinden uzak alanlar seçilir.¹⁸ Ancak çevresi açık geniş mekanlara sahip hastaneler zamanla kentleşmenin artmasıyla yapılaşmanın yoğun olduğu alanlar arasında kalmaktadır. Buda hastaların hastanelere ulaşımını zorlamakta, yine ulaşım araçlar için de park sorunu oluşturmaktadır. Ayrıca kentleşmenin ortasında kalan

¹⁸ Celalittin Kırbaş, Hastanelerde Mimari-Mekanik Proje Tasarımı ve Uygulama Esasları,(Tesisat Mühendisliği, 01-02/2012 sayı,ss15-30

hastaneler enfeksiyon riski, çevre kirliliği ve gürültü sorunlarıyla karşı karşıya kalabilmektedirler.

Yine hasta hakları beyannamesi 7.maddede sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar hasta ve yakınlarının bilgiye ulaşmaları açısından her türlü teknik donanım ve alt yapıyı oluşturmak, uygun yerlerde hasta ve yakınlarının ulaşabilecekleri bilgilendirici ve yönlendirici hasta panoları, tabelalar, broşür ve işaretleri kullanıma sunmak zorundadır denilmektedir. Hastaneler bilgilendirme ve yönlendirme işaretlerinin TS 9111 madde 4.10 standardına ¹⁹ göre ayrıntılı planlanmasından faydalanabilirler. Bu standart ile özrü bulunmayan ya da hareket özrü, görme özrü, işitme, konuşma gibi özrü bulunan bütün fertlerin hastanelere ulaşımını, hastane içlerinin, yakın çevresinin, otopark ve açık alanlarında sorun yaşamadan, yönünü kaybetmeden zamanında hizmet alması amaçlanmıştır. Hastane yönetimleri özürlerinden dolayı bu bireylere bir cihaz, araç (tekerlekli sandalye, koltuk değneği, kılavuz baston) kullanımı varsa bu araç gereçlerle rahat ulaşımının sağlanması, bina giriş çıkışlarında uygun yönlendirme ve bilgilendirme levhaları ve işaret panoları ile dolaşmalarına buralardaki bütün sağlık hizmetlerinden faydalanmalarına imkan sağlamalıdır.²⁰

Görme özürlü bireyler için dokunarak algılayabilecekleri, amaçları doğrultusunda yön bulmalarını sağlayacak, herhangi bir tehlike ve tahliye durumunda uyarı niteliğinde zeminde, duvarda kabartmalı dokular, kılavuz izler tasarlanmış olmalıdır. Yine görme engelliler için hastane içlerinde Braille alfabesiyle yazılmış tabelalar bulundurulmalıdır. İşaretlemeler herkes için anlaşılabilir, sade, okunaklı ve iyi bir aydınlatma ile belirginleştirilmiş olmalıdır. Okuma yazması olmayanlar ve herkes tarafından yazılı levhaların daha anlaşılır olabilmesi için semboller kullanılabilir.²¹

Yukarıda hastane yönetimlerince bilgilendirme ve yönlendirme için yapılması gerekenler ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Binalarda efektif hizmet verilebilmesi için binaların daha yapım aşamalarında bu düzenlemelerin, planlamaların yapılması gerekmektedir. Ancak günümüzdeki birçok kamu hastanesi çok eski kurulumla ve

¹⁹ ICS 11.180.01; 91.040.30 TÜRK STANDARDI TS 9111/Kasım 2011

²⁰ Hale Gezer, Hastanelerde ve Sağlık Merkezlerinde Erişilebilirlik, İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi, Bahar 2014, İstanbul, ss. 113-133

²¹ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Engelli Hastalar için uygulamalar.14.11.2018 <https://ankaraeah.saglik.gov.tr/TR,274112/hastanemizde-engelli-uygulamaları.html>, (20.06.2019)

binalara sahipler. Bu binalarda hizmet vermek oldukça problemlere sebep olmaktadır. Bunlar birbiriyle alakalı birimlerin hastane içlerinde uzak noktalara yapılandırılmasına, özürli bireyler için imari düzenlemelerin yapılmasında zorlukların çıkmasına sebep olmaktadır. Hastaneler her açılan yeni birimler hakkında yeteri bilgi ve yönlendirmeyi yapamadıklarından hastalar hastane içlerinde kaybolabilmekte, hizmet alacakları bölümü bulana kadar zaman ve efor kaybetmektedirler. Ayrıca hastanelerin hizmet kalitesi üzerinde önemli rolü olan kuruma duyulan güven olgusunu da olumsuz etkilemektedir.²²

2.1.4. Doktor Kaynaklı Olumsuzluklar

Hasta ve yakınlarının kendilerine hizmet verecek hekim tarafından bilgilendirilmeleri, güven duygusunun oluşmasına sebep olabilmektedir. Hekim tarafından bilgilendirilen hastalar hastalık hallerine daha hızlı adapte olmakta ve tedavilerini kabul edip sağlık ekibinin işini kolaylaştırmakta, tedavilerinde daha katılımcı olabilmektedirler.

Bir doktor ne kadar bilgili ve tecrübeli olursa olsun, ya da en son teknolojik tanı ve tedavi materyallerini kullanırsa kullansın, iyi bir iletişim dili kullanmıyorsa hastasının gözünde iyi bir doktor imajı oluşturamayabilir. Hasta- hekim ilişkisi hem hasta ve yakınlarının hizmet tatminkarlığı açısından hem de hasta hakları hukuku açısından önemli bir mevzudur.²³ Günümüzde malpraktis davalarında ki artıştan dolayı hastane yöneticileri tarafından da üzerinde durulan bir konu haline getirmiştir. Bu davaların temel etkenlerinden biride sağlıksız iletişim ve eksik bilgilendirmelerdir.²⁴

Tıp fakültelerinde mesleki derslere verilen önem ne yazık ki hasta ilişkileri ve iletişimi için gerekli önem verilememektedir. Bir hekimde olmazsa olmaz olan iletişim yeteneği, eğitilmeyip kişilerin karakter kapasitelerine bırakılmakta olduğunu

²² Nevzat Devebakan, Mehmet Aksaraylı, Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı Ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,Cilt 5, Sayı:1,2003, ss.49

²³ Onur Özer, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Ç alışması İle Hasta- Hekim İletişiminin İncelenmesi , (Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Yayınlanmamış Uzmanlık tezi),İstanbul, 2007, ss. 5-6

²⁴ Çetin Güler, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri , Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi Sempozyum Dizisi No: 48, İstanbul,Şubat 2006, ss.31-42

görmekteyiz. Hasta- doktor arasındaki iletişimsizlik probleminin var olduğu yapılan birçok araştırmayla da tespit edilmiştir. Hasta-doktor arasındaki görüşmelerde doktorun hastanın konuşmasını bitirmesini beklemeden konuşmasını keserek sağlıklı bir iletişimi engellediği görülebilmektedir. Hastaların çok az kısmı konuşmalarına devam ederek kendilerini ifade edebilmektedirler.

Hekimler hastaların muayene esnasında ilk söyledikleri şikayetlerin hastaların gerçek şikayetleri olduğu kanısına varmaktadırlar ve doktor iletişimin merkezine kendini koyarak, iletişimi tek taraflı olarak sürdürmektedir. Hekimler hastalarına yeteri kadar bilgilendirme yaptıklarına inanırlar ancak hastaların çok azı bu bilgilendirmenin hepsine haiz olurlar. Zira doktorlar farkında olarak ya da olmayarak bilgilendirmelerinde çok fazla tıbbi terim kullanabilmektedirler.

Hastalar sadece kendi hastalıkları ve tedavileriyle ilgilidirler ve dolayısıyla da aynı ilgiyi doktorlarından da beklemektedirler. Oysa doktorlar sadece bir hastayı değil diğer bütün hastalarını da düşünmek ve zaman ayırmak durumundadırlar. Zamansızlık kıskacında olan bir hekim bu durumu hastasına sık sık saatine bakarak, göz temasından kaçınarak, başka işlerle uğraşarak, sorulan soruları geçiştirerek belli ederse hasta- hekim arasındaki güven duygusu zedelenmiş olur. Hastaların hastalıklarıyla, tanı ve tedavilerine ilişkin bilgi almak istemeleri en tabii haklarıdır. Ancak ülkemizde sağlık kuruluşlarına başvuran hasta sayılarının çok fazla olması, hizmet verecek ve talebi karşılayacak doktor sayılarının az olması hekim- hasta ilişkisini olumsuz etkilemektedir. Sağlıklı iletişim için olması gereken muayene süreleri Avrupa standartlarında yani en az 20 dakika olmalıdır. Türkiye’de bu süre göz muayeneleri hariç diğer bütün branşlarda ortalama 10 dakikadır.²⁵ Hasta yoğunluklarının artmasıyla bu 10 dakikalık sürede kısalabilmektedir. Bahsedilen bu süreler arasında sağlıklı bir iletişimin kurulması ve hasta hakları beyannamesin de belirtilen bilgi alma sürecinin sağlıklı olması beklenemez. Sağlık hizmeti verilmeye çalışılırken daha büyük sorunların çıkmasına sebep olunmaktadır.

²⁵ Feza Şen, Sosyal Güvenlik Kurumu Hekimlerin Muayene Süresini Belirleyemez, <http://www.fezasen.com/sosyal-guvenlik-kurumu-goz-hekimlerinin-muayene-suresini-belirleyemez> (24.06.2019))

2.1.5. Sağlık Personeli Kaynaklı Olumsuzluklar

Sağlık hizmetlerin de hasta memnuniyetini, hastaların alacakları sağlık hizmetine dair beklentileri ile kendilerine sunulan sağlık hizmeti arasında ki fark olarak tarif edebiliriz.²⁶ Sağlık hizmeti kalite oranının ölçümü son yıllarda büyük önem kazanmış bu alandaki araştırmalar artmıştır. Hasta memnuniyet oranları sağlık hizmetinin yapısına, sürecine dair bilgiler verir. Yapılan araştırmalarla ortaya koyulan tabloda kurumlar kendi öz eleştirilerini yapabilirler. Hangi hizmet alanlarında hatalar ve yanlışlıklar yapıldığı ve bunlara ilişkin geri bildirim verilerini toplayabilirler. Kurumun hizmet kalitesi oranı yüksek olunca hastalar, doktor ve diğer sağlık personellerinin direktiflerine uyarak, kendi tedavi süreçlerine etkin olarak katılmış olurlar. Kurumun hizmet kalitesi memnuniyet derecesi ne kadar yüksek olursa hasta ve yakınları tarafından tekrar aynı kurumun tercih edilme oranı da o derece artar. Hasta memnuniyeti üzerine yapılan araştırmalarda sağlık personelinin tutum, davranış, kişiler arası iletişim becerileri, hastalıkları hakkında bilgilendirme kriterlerinin çok önemli olduğu görülmektedir.²⁷

Sağlık hizmeti, çeşitli meslek gruplarının ekip çalışması yaparak, sistemli ve programlı ortaya koydukları bir hizmet türüdür. Bu meslek grubu mensupları olarak hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni, biyolog, kimyager, laboratuvar teknisyeni ve teknikeri, anestezi teknisyeni ve teknikeri, hasta kabul personelleri, tıbbi sekreterler, diyetisyenler, güvenlik ve temizlik personellerini sayabiliriz. Ekibi oluşturan herkese önemli sorumluluklar düşmektedir. Hastanın hastaneye girişinden, ayrılışına kadar bu meslek gruplarından kiminden çok kiminden az hizmet aldığı söyleyebiliriz. Hasta memnuniyeti için ekip üyelerinin her biri üzerine düşen görevi eksiksiz yerine getirmelidir. Bütün sağlık personelleri hastalarına yeteri kadar zaman ayırmalı, empati kurmalı ve iletişim dilini iyi seçebilmelidirler. Avrupa ülkelerine göre 1000 nüfusa düşen sağlık personeli sayıları açısından karşılaştırma yapıldığında, Türkiye çok gerilerdedir²⁸. Personel yetersizliğinin olduğu sektörlerde hizmet kalitesi seviyesi de

²⁶ Harun Kırılmaz, Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 4, Sayı: 1, Ocak 2013, ss11-21

²⁷ Şahin Kavuncubaşı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitapevi, 2000, Ankara, ss 291-304

²⁸ Ateş, M., a.g.e., ss133

düşmektedir. Yeteri kadar sağlık personelinin olmaması iş yoğunluklarına, hastalara yeterli bilgilendirme yapılamamasına ve iletişim problemlerine sebep olabilmektedir. Yine hizmet veren sağlık personelinin tecrübesiz ve yeteri kadar alanında bilgili olmaması hasta ve yakınları üzerinde güvensizlik yarattığı için hizmet kalitesini düşürebilmektedir.

Sağlık personellerinin bilinçli ya da bilinçsiz yaptığı hatalar, kasıtlı uygulamalar, ihmallerle veya kullanılan tıbbi teknolojinin, malzemenin yetersizliğinden ortaya çıkan olumsuzluklar da olabilmektedir. Sağlık hizmeti sunumu ve uygulanması karışık bir süreçtir. Bundan ötürü uygulamalarda hata yapma olasılığı da artmaktadır. Bu olasılık arttıkça da kurumlara sağlıklarına kavuşmak için gelen hastalarda daha uzun tedavi sürelerine, ölüm veya sakatlıkların meydana gelmesine sebep olmaktadır.²⁹ Sağlık hizmeti insana insanla verilen bir hizmet türüdür. Dolayısıyla da insana özgü yorgunluk-uykusuzluk, yeterli özen göstermeme, tedbir almama, dikkatsiz davranma, iletişim eksikliği, güç-otokontrol, vakitsizlik, yanlış muhakeme, mantıklı düşünememe, tartışmacı kişilik özellikleri gibi durumlardan hatalar meydana gelebilmektedir. Sağlık teknolojilerinin kullanımı artmış ve gelişmiş olsa da bu teknolojileri yine kullanacak olanın, insan olduğu unutulmamalıdır.

Sağlık personelleri tarafından hastaların sahip olduğu hak ve sorumlulukların bilinmekte olduğu ancak sunulan sağlık hizmeti sürecinde uygulanabilirliği açısından sorunların yaşandığını yapılan çalışmalarla ortaya koyulmuştur.³⁰

2.1.6. Hasta Kaynaklı Olumsuzluklar

Bilgilendirme ve yönlendirmelerde hasta odaklı olumsuzluk genelde hasta ve yakınlarının sahip oldukları hak ve sorumlulukları bilinmemesinden meydana gelmektedir. Türkiye’de toplumu sağlık bilgisi açısından devlet eliyle yürütülen sistemli bir program yoktur. Hasta ve yakınları sahip oldukları haklar ve sorumluluklar hakkında

²⁹ Türk Tabipler Birliği, Sağlık Alanında ‘‘ Hizmet Kaynaklı Zarar ‘‘: Hekimler Ne Diyor,Haziran 2011, <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/hizmetzarar.pdf> (26.06.2019).

³⁰ Tefvik Özlü,Hasta Hakları ve Sağlık Çalışanları, 20.06.2005, <https://www.medimagazin.com.tr/authors/tevfik-ozlu/tr-hasta-haklari-ve-saglik-calisanlari-72-45-588.html> (28.06.2019).

bilgilendirmelere hastanelerde ki asılması zorunlu olan panolardan ya da internetten ulaşabilmektedir. Buda toplumun bilinçlenmesi için yeterli olamamaktadır.

Hastayı; bedensel, ruhsal ve toplumdaki sosyal statüsü açısından kayıpta olan sağlık hizmeti almak zorunda kalan insan şeklinde tarife edilebilir. İnsan sağlıklı iken, hastalanabileceğini düşünmez ve hastalık döneminde hangi tür bilgilere ya da eğitime ihtiyacı olduğu araştırmasını yapmaz. İnsan sağlıklı iken bilgileri kavrama gücü ve algısı daha fazladır. Hastalık, ıstırap halinde ve bu fizyolojinin sebep olduğu panik halinde hastayı bilgilendirmek, sağlıklı bir iletişim kurmak zordur. Böyle bir durumda hasta da kendini rahat ifade edemez, sağlık ekibine kendisi hakkında vermesi gereken bilgileri de veremeyebilir ya da yanlış bilgi verebilir. Zira hasta doğru teşhis ve uygun tedavi uygulanması için olur. Hasta sağlık kurumuna ilk başvurduğu zaman, var olan şikayetlerini, geçirmiş olduğu hastalıkları, daha öncesinden hastaneye yatıp yatmama durumunu, herhangi bir tedavi uygulanmışsa, kullandığı ilaçları ve sağlığı ile alakalı konularda doğru ve tam bilgi vermelidir. Sağlık hizmeti sunumunu yapan personellere verilen her türlü bilginin doğruluğundan hasta sorumlu tutulmaktadır ve hasta tarafından verilen eksik ya da yanlış bilgilendirmeden doğan tıbbi ya da hukuki sorumluluklar hastaya ait olmuş oluyor. Hasta, tedavisini yürüten doktora tedavi esnasında ve sonrasında oluşabilecek psikolojik, fizyolojik, beklenilmeyen değişiklikleri bildirmelidir. Hasta, kendisine uygulanacak işlemler için bilgilendirme yapıldığında, verilen bilgileri doğru bir şekilde anlayıp anlamadığını bildirebilmeli ve yapılacak işleme, kendi ismine hazırlanmış "Bilgilendirilmiş Onam Belgeleri"³¹ ni dikkatlice okuyarak imzalamalıdır. Bazen iş yoğunluklarından, ya da hastanın utanmasından, sıkılmasından veya başka iletişim problemlerinden dolayı hasta bilgilendirmeyi anlamadığında soru sorma ihtiyacı hissetmeyebiliyor.

2.2. Bilgilendirmelerdeki Olumsuzlukların Hasta Yönünden Önemi

Sağlık hizmetinin icrasında bu hizmete ihtiyacı olan bütün hastaların bu yöndeki talepleri karşılanmaya çalışılmalıdır. Zira sağlık kurum ve kuruluşları, sağlık sunumunu yapan personeller hasta için vardır diyebiliriz. Sağlık hizmeti kompleks ve uygulanması

³¹Türk Tabipler Birliği, Aydınlatılmış onam Klavuzu, 19/11/2013, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=983:onam&Itemid=65 (28.06.2019).

emek, özveri, sabır, bilgi, tecrübe ve empati kurulması gereken bir hizmet türüdür. Bu yüzden sağlık hizmeti sunumunda hasta odaklı olmalıdır. Bu sisteme yapılabilecek her türlü yarar getirecek değişiklikler hasta açısından düşünülmelidir. Hastaların sürece katılımları etkin bir şekilde planlanabilmelidir. Sağlık hizmeti sunumunda hasta açısından yapılan en büyük hata hastaların başvurdukları şikayetlerine yönelik hizmet verilmeye çalışılmasıdır, hastanın bütün olarak ele alınması gerektiği gözden kaçabilmektedir. Önemli olan hastanın şikayetlerinin çıkmasına sebep olan sebeplerin teşhis edilip ortadan kaldırılmasıdır. Hastalık sebeplerinin göz ardı edildiği bir durumda hastaların sürekli hastanelere gelmeleri engellenemez. Örneğin kırık ya da yaralanması mevcut olan hasta şikayetinin travmaya bağlı olarak meydana geldiğini ifade etse bile, bir başkası tarafından şiddete maruz kalabileceği düşünülmeli kuşkuyla yaklaşmalıdır.

Hastalarda, sağlık hizmeti sunucularında hasta hak ve sorumluluklarına dair bilincin oluşturulması çok önemlidir. Hasta ve yakınları hastanelerde maruz kaldıkları bir hak ihlali karşısında başvurabilecekleri ‘‘hasta hakları kurulları’’ vardır. Hasta hakları kurulları ülkemizde 2003 yılında 60 pilot hastane kapsamında uygulanmasına karar verilen ve 2006 yılından sonra da diğer tüm hastanelerde uygulanmasına başlanılmıştır. 15/10/2003 tarihli Sağlık kurumlarında hasta hakları uygulamalarına dair yönerge ile tüm hastanelerde hasta hakları kurulu biriminin kuruluşu, çalışma usulü ve görevler açıklanmıştır.³² Hastanelerdeki bu kurumların görevi hasta ve yakınları tarafından iletilen istek, şikayet ve önerileri yazılı kanun ve yönetmelikler çerçevesinde incelemelerini, değerlendirilmelerini ve sonuçlandırılmalarını sağlamaktır. Hastanelerde hasta hakları açısından araştırma ve uygulama eksikliklerine dair yöneticilere öneri sunmakta diğer bir görevleri olarak sayılabilir. Asıl önemli olan hasta ve yakınları tarafından hasta hakları kurulu birimlerinin varlıkları ve yaptıkları faaliyetlerden haberdar olamamalarıdır.

³² TBMM, Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge, https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/belge/um_sagliktesislerindehastahaklari.pdf (21.06.2019).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU HASTANELERİNDE HASTA BİLGİLENDİRME VE YÖNLENDİRMELERİN HASTA MEMNUNİYETİ ANKET ÇALIŞMASI

3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ÖRNEK VE ÖRNEKLEMİ

3.1.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni İstanbul ili örnekleme, Kadıköy ilçesi, SB. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniklerine başvuran hastalardan Kasım 2018- Ocak 2019 arasında gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 152 kişi ile yüz yüze yapılmıştır.

3.1.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada uygulanan hasta memnuniyet anketi ile ilgili çoktan seçmeli, beşli likert usulüne göre toplam 38 adet sorular belirlenerek anket formu bire bir olarak hastalara ve hasta yakınlarına uygulanmıştır. Anket formuna ilişkin Sosyo-demografik bilgilerde bulunmaktadır. Hasta Memnuniyeti Anketi hasta ve yakınlarına 30 adet anket sorusu sorulmuştur. Anket, Hastaneye başvuran hastaların; Sağlık Okur-Yazarlıklarını, Sağlık Bilgisi Yeterliliğini, Sağlık Politikalarının Yeterliliğini, Halkın Sağlık Politikaları Hakkında Bilgilendirilme İhtiyacını ve Sağlık Politikalarının Kalitesini kestirmeye yardımcı olacak sorulardan oluşmaktadır. Veriler SSPS 22'ye göre değerlendirilmiştir.

3.2. Çalışmanın Bulguları

3.2.1. Demografik Dağılım

Aşağıdaki tablo 3.1 de Ankete katılanların demografik yapıları görülmektedir.

Tablo 3.1: Katılımcıların Demografik Dağılımı

	n	%	Toplam Yüzde
Erkek	42	27,63	27,63
Kadın	110	72,37	72,37
Toplam	152	100,00	
	n	%	Toplam Yüzde
Evli	104	68,42	68,42
Bekar	39	25,66	94,08
Bosanmış	9	5,92	100,00
Toplam	152	100	
	n	%	Toplam Yüzde
1 çocuk	35	23,03	23,65
2 çocuk	39	25,66	50,00
3 çocuk	23	15,13	65,54
4 ve üstü çocuk	7	4,61	70,27
Çocuksuz	44	28,95	100,00
Kayıp Veri	4	2,63	
Toplam	152	100	
	n	%	Toplam Yüzde
İlkokul	44	28,95	29,14
Lise	57	37,50	66,89
Üniversite	47	30,92	98,01
Yüksek lisans	3	1,97	100,00
Kayıp Veri	1	0,66	
Toplam	152	100	
	n	%	Toplam Yüzde
Evet	68	44,74	44,74
Hayır	83	54,61	99,34
Kayıp Veri	1	0,66	100,00
Toplam	152	100	
	n	%	Toplam Yüzde
Kamu personeli	16	10,53	10,81
Özel şirket	37	24,34	35,81
Ev Hanımı	49	32,24	68,92
Esnaf	6	3,95	72,97
Oğrenci	12	7,89	81,08
Serbest	24	15,79	97,30
Emekli	4	2,63	100,00

Tablo 3.1'in devamı

Kayıp Veri	4	2,63	
Toplam	152	100,00	
	n	%	Toplam Yüzde
Ayda Birkac Kez	50	32,89	33,11
Birkac Ayda Bir	70	46,05	79,47
Senede Bir Defa	21	13,82	93,38
Tablo 3.1'in devamı			
Tercih Etmeme	10	6,58	100,00
Kayıp Veri	1	0,66	
Toplam	152	100,00	
	n	%	Toplam Yüzde
17-20	13	8,55	8,61
21-30	39	25,66	34,44
31-40	46	30,26	64,90
41-50	32	21,05	86,09
51-60	11	7,24	93,38
61-70	8	5,26	98,68
71-80	2	1,32	100,00
Kayıp Veri	1	0,66	
Toplam	152	100	

Tablo 3.1'de araştırmanın katılımcılarının demografik verileri özetlenmiştir. Buna göre, araştırmaya katılan 152 kişiden 42 (%27,63)'ü erkek olup 110 (%72,37) kişisi kadındır. Katılımcıların 104 (%68,42)'ü evli, 39 (%25,66)'u bekar ve 9 (%5,92)'u boşanmıştır. Katılımcıların 44 (%28,95)'i çocuksuz, 35 (23,03)'ü tek çocuklu, 39 (%25,66)'u iki çocuklu, 23 (%15,13)'ü üç çocuklu, 7 (%4,61)'si 4 ve üzeri çocukludur. Çocuk sorusuna 4(%2,63)kişi yanıt vermemiştir.

Eğitim durumuna cevap verenlerin 44 (%28,95)'i ilkokul, 57 (%37,50)'si lise, 47(%30,92)'si üniversite, 3 (%1,97)si yüksek lisans mezunudur. 1 (%0,66)sı soruya cevap vermemiştir.

Katılımcıların çalışma durumu analizi için yöneltilen soruda, 68 (%44,74)'ü evet cevabını vermiş, 83 (%54,61)'i hayır cevabını, 1(%0,66)'sı bu soruya cevap vermeyerek kayıp veriyi oluşturmuştur.

Anket katılımcılarının mesleklerine dair sorulan soruya 16 (%10,53)'ü kamu personeli, 37 (%24,34)'ü özel şirket çalışanı, 49 (%32,24)'ü ev hanımı, 6 (%3,95)'ü esnaf, öğrenci 12 (%7,89)'u, serbest meslek 24 (%15,79)'u, emekli 4 (%2,63)'ü

verilerini oluştururken 4 kişi (%2,63) soruya cevap vermeyerek kayıp veriyi oluşturmuştur.

Katılımcılara sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı sorulmuş. Katılımcıların 50 (%32,89)'u ayda birkaç kez, 70 (%46,05)'i birkaç ayda bir, 21 (%13,82)'si senede bir defa, 10 (%6,58) 'i gitmeyi tercih etmeyen, 1 (%0,66) sı cevap vermeyerek kayıp veriyi oluşturmuştur.

Yaş verilerine göre 13 (8,55)'i 17-20 yaş aralığında, 39 (%25,66)'sı 21-30 yaş aralığında, 46 (%30,26)'sı 31-40 yaş aralığında, 32 (%21,05)'i 41-50 yaş aralığında, 11 (%7,24)'ü 51-60 yaş aralığında, 8 (%5,26)'sı 61-70 yaş aralığında, 2 (%1,32)'si -80 yaş aralığındadır. 1 (%0,66)'sı bu soruya cevap vermeyerek kayıp veriyi oluşturmuştur.

Tablo 3.2: Katılımcıların Yaşlarına Ait Bilgiler

	N	151
	Kayıp Veri	1
Ortalama		37,09
Standart Sapma		12,96
En küçük		17,00
En büyük		77,00

Tablo 3.2'de araştırmaya katılanların yaşlarına ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Çalışmada yaş sorusuna 151 kişi yanıt vermiş olup 1 kişi yaş sorusuna yanıt vermeyerek kayıp veriyi oluşturmuştur. Katılımcıların yaşlarının ortalaması 37,09 olup standart sapması 12,96'dır. Katılımcılardan en küçük olanı 17 yaşındayken en büyük olanı 77'dir.

Tablo 3.3: Hastaneye Başvuru Sıklığı ve Diğer Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

<i>Yaş/Başvuru Sıklığı</i>	<i>Ayda Birkaç Kez</i>	<i>Birkaç Ayda Bir</i>	<i>Senede birkaç kez</i>	<i>Tercih Etmiyorum</i>	<i>Total</i>	<i>Test istatistiği</i>	<i>p</i>
0-20	3	6	1	3	13	20,414	0,157
21-30	12	19	6	1	38		
31-40	21	20	4	1	46		
41-50	6	16	7	3	32		
51-60	2	5	3	1	11		
61+	5	4	0	1	10		
	49	70	21	10	150		
<i>Çalışma Durumu/Başvuru Sıklığı</i>	<i>Ayda Birkaç Kez</i>	<i>Birkaç Ayda Bir</i>	<i>Senede birkaç kez</i>	<i>Tercih Etmiyorum</i>	<i>Total</i>	<i>Test istatistiği</i>	<i>p</i>
Evet	15	40	10	3	68	11,352	0,078
Hayır	35	29	11	7	82		
	0	1	0	0	1		
<i>Total</i>	50	70	21	10	151		
<i>Cinsiyet/Başvuru Sıklığı</i>	<i>Ayda Birkaç Kez</i>	<i>Birkaç Ayda Bir</i>	<i>Senede birkaç kez</i>	<i>Tercih Etmiyorum</i>	<i>Total</i>	<i>Test istatistiği</i>	<i>p</i>
Erkek	11	19	8	4	42	2,703	0,440
Kadın	39	51	13	6	109		
<i>Total</i>	50	70	21	10	151		
<i>Çocuk Sayısı/Başvuru Sıklığı</i>	<i>Ayda Birkaç Kez</i>	<i>Birkaç Ayda Bir</i>	<i>Senede birkaç kez</i>	<i>Tercih Etmiyorum</i>	<i>Total</i>	<i>Test istatistiği</i>	<i>p</i>
1 çocuk	14	13	6	2	35	13,977	0,302
2çocuk	11	18	7	2	38		
3 çocuk	6	11	5	1	23		
4 ve üstü çocuk	5	2	0	0	7		
Çocuksuz	13	24	2	5	44		
<i>Total</i>	49	68	20	10	147		
<i>Medeni Hal/Başvuru Sıklığı</i>	<i>Ayda Birkaç Kez</i>	<i>Birkaç Ayda Bir</i>	<i>Senede birkaç kez</i>	<i>Tercih Etmiyorum</i>	<i>Total</i>	<i>Test istatistiği</i>	<i>p</i>
Evli	31	47	19	6	103	7,692	0,262
Bekar	15	19	1	4	39		
Boşanmış	4	4	1	0	9		
<i>Total</i>	50	70	21	10	151		

Tablo 3.3'te hastaların, hastaneye başvuru sıklıkları ile yaş, çalışma durumu, cinsiyet, çocuk sayısı ve medeni hal durumlarının sınaması verilmiştir. Bu sınamaya göre belirtilen demografik değişkenlerin hiçbiri ile hastaneye başvuru sıklığının istatistiksel anlamlı ilişkisi bulunamamıştır. ($p > .05$) Çalışmanın katılımcıları 152 kişiyle sınırlıdır ve hastaneye başvuran hastalardan kolay ulaşılabilir örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. İstatistiki olarak anlamlı bulunmayan bulgular, örneklemin seçilme yönteminden kaynaklı olarak gerçek durumu yansıtmıyor olabilir.

Tablo 3.4: Ölçek Alt Boyutlarının Normallik Sınaması

Ölçek Alt Boyutları			K-G Testi
Sağlık Bilgisi Yeterliliği	Ortalama	30,79	0,083
	Varyans	58,32	
	Standart Sapma	7,64	
	Minimum	14	
	Maksimum	45	
	Çarpıklık	-0,23	
	Basıklık	-0,77	
Sağlık Okuryazarlığı	Ortalama	21,43	0,092
	Varyans	25,86	
	Standart Sapma	5,09	
	Minimum	10	
	Maksimum	35	
	Çarpıklık	0,09	
	Basıklık	-0,47	
Politika Yeterliliği	Ortalama	6,29	0,00
	Varyans	7,17	
	Standart Sapma	2,68	
	Minimum	2	
	Maksimum	10	
	Çarpıklık	-0,04	
	Basıklık	-1,22	
Halkın Bilgilendirilme İhtiyacı	Ortalama	6,34	0,00
	Varyans	13,69	
	Standart Sapma	3,7	
	Minimum	3	
	Maksimum	15	
	Çarpıklık	1,22	
	Basıklık	0,26	
Sağlık Politikalarının Kalitesi	Ortalama	12,09	0,00
	Varyans	35,32	
	Standart Sapma	5,94	
	Minimum	6	
	Maksimum	30	
	Çarpıklık	1,53	
	Basıklık	1,46	

Tablo 3.4'te anket alt boyutlarının tanımlayıcı istatistik değerleri ve buradan yola çıkarak verilerin normal dağılım sınamaları verilmiştir. Normal dağılım sınamalarının hepsi gözden geçirildiğinde, anketin tüm alt boyutlarının normal dağıldığı kabul edilmiştir.

Tablo 3.5: Eğitim durumu, Başvuru Sıklığı, Medeni Durum, Çocuk Sayısı, Yaş,

Eğitim/Ölçek Alt boyutları	F	p
Sağlık Bilgisi Yeterliliği	0,356	0,785
Sağlık Okur Yazarlığı	0,276	0,843
Politika Yeterliliği	0,633	0,595
Halkın Bilgilenme İhtiyacı	1,978	0,120
Sağlık Politikaları Kalitesi	0,488	0,691
Başvuru Sıklığı / Ölçek Alt Boyutları	F	Sig.
Sağlık Bilgisi Yeterliliği	0,472110097	0,702
Sağlık Okur Yazarlığı	0,216026822	0,885
Politika Yeterliliği	0,865768952	0,460
Halkın Bilgilenme İhtiyacı	0,162146384	0,921
Sağlık Politikaları Kalitesi	1,130390302	0,338
Medeni Hal/Ölçek Alt Boyutları	F	Sig.
Sağlık Bilgisi Yeterliliği	0,587519331	0,556
Sağlık Okur Yazarlığı	1,428531471	0,242
Politika Yeterliliği	2,922557546	0,056
Halkın Bilgilenme İhtiyacı	0,469853049	0,626
Sağlık Politikaları Kalitesi	1,451348059	0,237
Çocuk Sayısı/Ölçek Alt Boyutları	F	Sig.
Sağlık Bilgisi Yeterliliği	0,970506005	0,4257
Sağlık Okur Yazarlığı	0,802325586	0,5255
Politika Yeterliliği	0,738394554	0,5672
Halkın Bilgilenme İhtiyacı	1,468671648	0,214
Sağlık Politikaları Kalitesi	1,417133002	0,231
Yaş Kategorileri / Ölçek Alt Boyutları	F	Sig.
Sağlık Bilgisi Yeterliliği	2,806	0,019*
Sağlık Okur Yazarlığı	0,997	0,422
Politika Yeterliliği	1,186	0,319
Halkın Bilgilenme İhtiyacı	1,103	0,361
Sağlık Politikaları Kalitesi	0,490	0,783
Meslek/ Ölçek Alt Boyutları	F	Sig.
Sağlık Bilgisi Yeterliliği	2,372	0,033*
Sağlık Okur Yazarlığı	2,179	0,048*
Politika Yeterliliği	1,141	0,342
Halkın Bilgilenme İhtiyacı	0,721	0,633
Sağlık Politikaları Kalitesi	1,296	0,263

Meslek ve Ölçek Alt Boyutları Sınaması

Tablo 3.5'te Hasta Memnuniyet Anketi alt boyutları ile Demografik değişkenlerin sınaması yapılmıştır. Bu tabloya göre; eğitim, başvuru sıklığı, medeni hal ve çocuk sayısı ile ölçek alt boyutları arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır

($p > .05$). Çalışmanın bu katılımcılarının kısıtlı olması ve hastaneye başvuran hastalardan kolay ulaşılabilir örnekleme yöntemiyle seçilmiş olması etkindir. İstatistiksel açıdan anlamlı çıkmayan sonuçlar, örneklemin seçilme yönteminden, hastane içinde bu çalışmanın yapılmasından dolayı çekingenlikten dolayı gerçek durumu iletmemiş olabilirler.

Katılımcıların kategorik yaş değişkeni ve sağlık bilgisi yeterliliği arasında yapılan tek yönlü ANOVA $F(7,146) = 2,806$; $p < .05$ ile anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu da bize genç neslin bilgiye ulaşmaya, araştırmaya ve bilgi talep etme hakkını kullanmaya daha yatkın olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların meslekleri ve anket alt boyutları arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi ile sağlık bilgisi yeterliliği ve meslek arasında; $F(7,146) = 2,372$; $p < .05$ sağlık okuryazarlığı ve meslek arasında $F(7,146) = 2,179$ $p < .05$ ile anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Ülkemizde meslek edindirmek adına kurulan meslek liselerinde örgün eğitimin yanı sıra meslek eğitiminin verilmesinden dolayı farkındalık artmaktadır. Bu farkındalığın bir yansımasını sonuçlarda görebilmekteyiz.

Tablo 3.6: Cinsiyet, Çalışma Durumuyla Ölçek Alt Boyutları Sınaması

Ölçek Alt Boyutu	Cinsiyet	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Sağlık Bilgisi Yeterliliği	Erkek	32,097	7,306	0,030	0,864
	Kadın	30,286	7,733		
Sağlık Okur Yazarlığı	Erkek	22,525	5,187	0,382	0,538
	Kadın	21,007	5,006		
Politika Yeterliliği	Erkek	6,411	2,837	1,513	0,221
	Kadın	6,248	2,627		
Halkın Bilgilendirme İhtiyacı	Erkek	6,243	3,607	0,124	0,725
	Kadın	6,377	3,749		
Sağlık Politikaları Kalitesi	Erkek	12,133	6,472	1,097	0,297
	Kadın	12,070	5,760		
Ölçek Alt Boyutu	Çalışma Durumu	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Sağlık Bilgisi Yeterliliği	Evet	30,509	7,520	0,060	0,807
	Hayır	31,204	7,610		
Sağlık Okur Yazarlığı	Evet	21,089	4,812	0,161	0,688
	Kadın	21,793	5,273		
Politika Yeterliliği	Evet	6,213	2,581	0,150	0,699
	Kadın	6,411	2,742		
Halkın Bilgilendirme İhtiyacı	Evet	6,235	3,750	0,006	0,936
	Hayır	6,454	3,691		
Sağlık Politikaları Kalitesi	Evet	12,255	6,026	0,472	0,493
	Hayır	11,975	5,940		

Tablo 3.6’te katılımcıların anket alt boyutlarına verdikleri yanıtlar cinsiyet ve çalışma durumlarına göre sınımlanmıştır. Anket alt boyutlarıyla yapılan T-testi sınımlarında hem cinsiyet hem de çalışma durumuna ilişkin anlamlı ilişki tespit edilememiştir. ($p>.05$) Anket çalışmasının sınırlı bölgede, sınırlı zamanda ve rastgele katılımcıların seçilerek yapılmıştır. Bu açıdan düşünüldüğünde anlamlı ilişki bulmak bazı kriterlerde mümkün olamamaktadır.

Tablo 3.7: Kategorik Yaş daire Sağlık Bilgisi Alt Boyutundaki Post-Hoc Değerleri

Kategoriler		Ortalama	Standart Sapma	P
0-20	21-30	5,855	2,377	0,015*
	31-40	3,525	2,331	0,133
	41-50	4,434	2,441	0,071
	51-60	-1,167	3,041	0,702
	61-70	-0,112	3,122	0,971
21-30	0-20	-5,855	2,377	0,015
	31-40	-2,330	1,616	0,151
	41-50	-1,421	1,770	0,423
	51-60	-7,022	2,534	0,006*
	61-70	-5,968	2,631	0,025*
31-40	0-20	-3,525	2,331	0,133
	21-30	2,330	1,616	0,151
	41-50	0,909	1,708	0,596
	51-60	-4,693	2,491	0,062
	61-70	-3,638	2,590	0,162
41-50	0-20	-4,434	2,441	0,071
	21-30	1,421	1,770	0,423
	31-40	-0,909	1,708	0,596
	51-60	-5,601	2,594	0,032*
	61-70	-4,546	2,689	0,093
51-60	0-20	1,167	3,041	0,702
	21-30	7,022	2,534	0,006*
	31-40	4,693	2,491	0,062
	41-50	5,601	2,594	0,032*
	61-70	1,055	3,243	0,745
61-70	0-20	0,112	3,122	0,971
	21-30	5,968	2,631	0,025*
	31-40	3,638	2,590	0,162
	41-50	4,546	2,689	0,093
	51-60	-1,055	3,243	0,745

Tablo 3.5’te anlamlı çıkan Sağlık Bilgisi kategorisi ve kategorik yaş değişkeninin Tablo 3.7’de gruplar arası anlamlılığını değerlendirmek için takip testi verilmiştir. Buna göre, 0-20 arasındaki bireyler, 21-30 yaşındaki bireylere göre; 21-30 yaşındaki

bireyler 31-40,51-60 ve 61-70 yaşındaki bireylere göre 41-50 yaş arası 51-60 yaşındaki bireylere göre sağlık okuryazarlığında anlamlı olarak farklılaşmaktadırlar. ($p<.05$) Toplumumuzda yaş aralığı düştükçe, internet kullanımının, sosyal medya kullanımının artması, her türlü mekan zaman kısıtlaması olmadan bilgiye ulaşmanın kolay olması genç kesimin eğitim seviyesinin ve eğitime algısının da yüksek olmasına sebep olabilmektedir.

Tablo 3. 8: Meslek Grubuna Göre Sağlık Bilgisi Alt Boyutundaki Post-Hoc Değeri

Kategoriler		Ortalama	Standart Sapma	P
Kamu Personeli	Özel Şirket	1,261	2,251	0,576
	Ev Hanımı	2,869	2,167	0,188
	Esnaf	-3,548	3,602	0,326
	Öğrenci	-2,953	2,874	0,306
	Serbest	-1,345	2,429	0,581
	Emekli	-6,250	4,206	0,140
Özel Şirket	Kamu Personeli	-1,261	2,251	0,576
	Ev Hanımı	1,608	1,639	0,328
	Esnaf	-4,810	3,312	0,149
	Öğrenci	-4,215	2,500	0,094
	Serbest	-2,606	1,972	0,189
	Emekli	-7,511	3,961	0,060
Ev Hanımı	Kamu Personeli	-2,869	2,167	0,188
	Özel Şirket	-1,608	1,639	0,328
	Esnaf	-6,418	3,255	0,051
	Öğrenci	-5,823	2,424	0,018*
	Serbest	-4,214	1,875	0,026*
	Emekli	-9,119	3,913	0,021*
Esnaf	Kamu Personeli	3,548	3,602	0,326
	Özel Şirket	4,810	3,312	0,149
	Ev Hanımı	6,418	3,255	0,051
	Öğrenci	0,595	3,762	0,875
	Serbest	2,204	3,435	0,522
	Emekli	-2,702	4,857	0,579
Öğrenci	Kamu Personeli	2,953	2,874	0,306
	Özel Şirket	4,215	2,500	0,094
	Ev Hanımı	5,823	2,424	0,018*
	Esnaf	-0,595	3,762	0,875
	Serbest	1,609	2,660	0,546
	Emekli	-3,297	4,344	0,449
Serbest	Kamu Personeli	1,345	2,429	0,581
	Özel Şirket	2,606	1,972	0,189
	Ev Hanımı	4,214	1,875	0,026*
	Esnaf	-2,204	3,435	0,522
	Öğrenci	-1,609	2,660	0,546
	Emekli	-4,905	4,064	0,229
Emekli	Kamu Personeli	6,250	4,206	0,140
	Özel Şirket	7,511	3,961	0,060
	Ev Hanımı	9,119	3,913	0,021*
	Esnaf	2,702	4,857	0,579
	Öğrenci	3,297	4,344	0,449
	Serbest	4,905	4,064	0,229

Tablo 3.8’de tablo 3.5’te meslek grubuna göre saptanan Sağlık Bilgisi Alt boyutundaki farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla verilmiştir. Buna göre, ev hanımlarıyla öğrenci, serbest meslek ve emekli olanlar arasında sağlık bilgisi anlamında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<.05$). Tezimizde de belirttiğimiz durum, bu karşılaştırmalı verilerde desteklenmiş olmaktadır. Sağlık bilgisinden eksik olan toplum denetimsiz kaynaklardan ulaştığı bilgileri kullanılabilmektedir. Özellikle ev hanımları ve emekliler grubu eğitim sahasından uzak, medyadan, gündüz kadın programlarından yanlış ya da eksik bilgilenmektedirler.

Tablo 3.9: Meslek Grubuna Göre Sağlık Okur Yazarlığı Alt Boyutundaki Post-Hoc Değeri

Kategoriler		Ortalama	Standart Sapma	P
Kamu Personeli	Özel Şirket	0,696	1,490	0,641
	Ev Hanımı	1,773	1,434	0,218
	Esnaf	-2,243	2,384	0,348
	Öğrenci	-0,729	1,901	0,702
	Serbest	-1,372	1,607	0,395
	Emekli	-4,501	2,783	0,108
Özel Şirket	Kamu Personeli	-0,696	1,490	0,641
	Ev Hanımı	1,077	1,084	0,322
	Esnaf	-2,939	2,191	0,182
	Öğrenci	-1,424	1,654	0,391
	Serbest	-2,067	1,305	0,115
	Emekli	-5,196	2,621	0,049*
Ev Hanımı	Kamu Personeli	-1,773	1,434	0,218
	Özel Şirket	-1,077	1,084	0,322
	Esnaf	-4,016	2,154	0,064
	Öğrenci	-2,502	1,604	0,121
	Serbest	-3,144	1,241	0,012*
	Emekli	-6,273	2,589	0,017*
Esnaf	Kamu Personeli	2,243	2,384	0,348
	Özel Şirket	2,939	2,191	0,182
	Ev Hanımı	4,016	2,154	0,064
	Öğrenci	1,514	2,490	0,544
	Serbest	0,871	2,273	0,702
	Emekli	-2,258	3,214	0,484
Öğrenci	Kamu Personeli	0,729	1,901	0,702
	Özel Şirket	1,424	1,654	0,391
	Ev Hanımı	2,502	1,604	0,121
	Esnaf	-1,514	2,490	0,544
	Serbest	-0,643	1,760	0,716
	Emekli	-3,772	2,875	0,192
Serbest	Kamu Personeli	1,372	1,607	0,395
	Özel Şirket	2,067	1,305	0,115
	Ev Hanımı	3,144	1,241	0,012
	Esnaf	-0,871	2,273	0,702
	Öğrenci	0,643	1,760	0,716
	Emekli	-3,129	2,689	0,247
Emekli	Kamu Personeli	4,501	2,783	0,108
	Özel Şirket	5,196	2,621	0,049**
	Ev Hanımı	6,273	2,589	0,017
	Esnaf	2,258	3,214	0,484
	Öğrenci	3,772	2,875	0,192
	Serbest	3,129	2,689	0,247

Tablo 3.9’de tablo 3.5’te meslek grubuna göre saptanan Sağlık Okur-Yazarlığı Alt boyutundaki farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla verilmiştir. Buna göre, ev hanımlarıyla öğrenci, serbest meslek ve emekli olanlar arasında Sağlık Okur-yazarlığı; özel şirket çalışanlarıyla da emekliler arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<.05$)

Tablo 3.10: Ölçek Alt boyutları ve Zarara Uğrama Durumu Sınaması

Ölçek Alt boyutları	Zarar Uğrama Durumu	Örneklem Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Sağlık bilgisi yeterliliği	Evet	69	30,10	7,94	0,037	0,849
	Hayır	80	31,35	7,50		
Sağlık Okur Yazarlığı	Evet	69	20,92	4,71	2,260	0,135
	Hayır	80	22,01	5,36		
Politika yeterliliği	Evet	69	5,92	2,69	0,101	0,751
	Hayır	80	6,60	2,61		
Halkın Bilgilendirme İhtiyacı	Evet	69	6,45	3,71	0,133	0,716
	Hayır	80	6,21	3,69		
Sağlık Politikaları Kalitesi	Evet	69	12,40	6,45	0,728	0,395
	Hayır	80	11,81	5,52		

Tablo 3.10’da hastaların anketin alt boyutlarıyla ilgili yetersizlikleri ve bu yetersizliklerin hastalar üzerinde zarar oluşturma durumunu göstermektedir. tablo 3.10’un altında yatan varsayım, hastaların sağlık bilinçlerinin ve yetersiz politikaların hastaları sağlık yönünden zarara uğratabileceğidir. Hastaların zarara uğrama durumlarını anket alt boyutlarıyla sınamak adına yapılan tek yönlü ANOVA analizi ile anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>.05$). Ülkemizdeki sağlık sisteminin maalesef gelişmekte olmasından, toplum mevcut sağlık durumunu geçmişe göre değerlendirebilmektedir. Buda mevcut sağlık sisteminin olması gerektiği gibi değil eskiye göre kıyaslanmasından sağlık politikalarına toplum tarafından eleştirel yaklaşımdan uzak, minnet duygusu hakimdir.

Tablo 3.11: Ölçek Alt Boyutları ve Şikayetçi Olma Durumu

Ölçek Alt boyutları	Şikayetçi Olma Durumu	Örnekleme Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Sağlık Bilgisi Yeterliliği	Evet	59	31,281	8,132	0,760	0,385
	Hayır	86	30,249	7,277		
Sağlık Okur Yazarlığı	Evet	59	21,339	4,791	0,175	0,677
	Hayır	86	21,462	5,155		
Politika Yeterliliği	Evet	59	6,191	2,770	0,388	0,535
	Hayır	86	6,376	2,630		
Halkın Bilgilendirme İhtiyacı	Evet	59	6,858	3,785	0,976	0,325
	Hayır	86	6,037	3,605		
Sağlık Politikaları Kalitesi	Evet	59	12,532	6,065	0,001	0,970
	Hayır	86	12,022	6,027		

Tablo 3.11’de Sağlık Memnuniyet Anketi’nin alt boyutları ve şikayetçi olmaya ilişkin sınıma yer verilmiştir. Yetersiz sağlık bilgisinin ve politikaların hastaların şikayet sebeplerinden biri olarak öngörüldüğü bu sınımada, öngörümüz desteklenmemiş olup sağlık memnuniyet anketi ve şikayetçi olma arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>.05$). Kapsayıcı sosyal sağlık sisteminin olmaması geçmiş yıllarda sağlık sisteminde yaşanan problemlerden ötürü toplum günümüz sağlık sisteminde ki eksiklikleri hoş görebilmektedir. Bu minnet duygusuyla yaşanan problemleri şikayet etmekten kaçınmaktadır.

Tablo 3.12: Zarara Uğrama Durumu ve Şikayetçi Olma Durumu İlişkisi

		Zarara Uğrama	Şikayetçi Olma
Zarara Uğrama	r	1,000	0,452
	p		0,000*
	N	149	144
Şikayetçi Olma	r	0,452	1,000
	p	0,000*	
	N	144	145

Tablo 3.12’de hastaların zarara uğrama durumlarında şikayetçi olmaları değerlendirilmiştir. Buna göre, zarara uğrama ve şikayetçi olma arasında $r=.452$ ile anlamlı orta düzey bir ilişki bulunmuştur ($p<.05$).

Tablo 3.13: Zarara Uğrama ve Başvuru Sıklığı Tablosu

		Başvuru Sıklığı				Toplam
		Ayda Birkaç Kez	Birkaç Ayda Bir	Senede Birkaç defa	Tercih etmiyorum	
Evet	N	19	36	6	7	68
	%	27,9	52,9	8,8	10,3	100,0
Hayır	N	30	33	14	3	80
	%	37,5	41,3	17,5	3,8	100,0
	Toplam	49	69	20	10	148
	%	33,1	46,6	13,5	6,8	100,0

Tablo 3.13'te hasta olarak zarara uğrayanların başvuru sıklıkları verilmiştir. Buna göre, zarara uğradığını beyan eden 68 kişiden 19 (%27,9)'u ayda birkaç kez, 36 (%52,9)'sı birkaç ayda bir, 6 (%8,8)'sı senede birkaç defa ve 7 (%10,3)'si hastaneye gitmeyi tercih etmemektedirler. Zarara uğramadıklarını beyan eden 148 kişiden 30 (%37,5)'u ayda birkaç kez, 33 (41,3)'ü birkaç ayda bir, 14 (17,5)'ü senede birkaç defa ve 3 (%3,8)'ü hastaneye gitmeyi tercih etmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 3.14: Zarara Uğrama ve Cinsiyet Tablosu

		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Evet	N	15	54	69
	%	21,74	78,26	100
Hayır	N	26	54	80
	%	32,50	67,50	100
	Toplam	41	108	149
	%	27,52	72,48	100

Tablo 3.14'te zarara uğradığını beyan eden hastaların cinsiyete yönelik dağılımları verilmiştir. Zarara uğrayan erkekler 15 (%21,74) kişi olup 54 (%78,26)'ü kadınlardan oluşmaktadır. Zarara uğramayanlar ise 26 (%32,5) erkek ve 54 (67,5) kadından oluşmaktadır.

Tablo 3.15: Zarara Uğrama ve Eğitim Durumu Tablosu

		Eğitim Durumu				Toplam
		İlköğretim	Lise	Üniversite	Yüksek Lisans	
Evet	N	20	20	27	1	68
	%	29,41	29,41	39,71	1,47	100
Hayır	N	24	35	19	2	80
	%	30	43,75	23,75	2,5	100
	Toplam	44	55	46	3	148
	%	29,73	37,16	31,08	2,03	100

Tablo 3.15’da hastaların eğitim durumlarıyla zarara uğrama dağılımları verilmiştir. Buna göre, zarara uğradığını bildiren 20 (%29,41)’si ilköğretim, 20 (%29,41)’i lise, 27 (%39,71)’si üniversite ve 1 (%1,47)’i yüksek lisans mezunudur. Zarar görmediğini bildiren 24 (%30) kişi ilköğretim, 35 (%43,75) kişi lise, 19 (%23,75) kişi üniversite ve 2 (%2,5) kişi yüksek lisans mezunudur. Ankete katılımcıları her bir kategoriden belirli sayılardan alınamadığından gruplar arasındaki fark net olarak konulamamıştır.

Tablo 3.16: Zarara Uğrama ve Çalışma Durumu Tablosu

		Çalışma Durumu			Toplam
		Çalışıyor	Çalışmıyor	Kayıp Veri	
Evet	N	29	39	1	69
	%	42,03	56,52	1,45	100
Hayır	N	38	42	0	80
	%	47,5	52,5	0	100
	Toplam	67	81	1	149
	%	44,97	54,36	0,67	100

Tablo 3.16’de zarara uğradığını bildiren hastaların çalışma durumları verilmiştir. Buna göre zarara uğradığını bildiren 29 (%42,03) kişi çalışıyor, 39 (%56,52) kişi çalışmıyordur. Zarara uğramadığını bildiren 38 (%47,5) kişi çalışıyor ve 42 (52,5) kişi çalışmıyordur. Çalışma durumu sorusuna cevap vermeyen 1 (%1,45) ise kayıp veri olarak kodlanmıştır. Elde ettiğimiz veriler ışığında çalışan kesimin farkındalığının çalışmayan kesime göre fazla olması sağlık hizmeti alımında zarara uğrama durumunu muhakeme edebilmektedir.

Tablo 3.17: Şikayetçi Olma Durumu ve Cinsiyet Tablosu

		Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Evet	N	17	42	59
	%	28,81	71,19	100
Hayır	N	24	62	86
	%	27,91	72,09	100
	Toplam	41	104	145
	%	28,28	71,72	100

Tablo 3.17’de şikayetçi olan ve olmayanların cinsiyete göre dağılımları verilmiştir. Buna göre, 17 (%28,81) erkek ve 42 (%72,29) kadın uğradıkları zarar neticesinde şikayetçi olmuşlar ve 24 (%27,91) erkek ve 62 (%72,09) kadın ya hastaneden kaynaklı zarara uğramamış ya da zarara uğrasa da şikayetçi olmamışlardır.

Tablo 3.18: Şikayetçi Olma Durumu ve Eğitim Durumu Tablosu

		Eğitim Durumu				Toplam
		İlköğretim	Lise	Üniversite	Yüksek Lisans	
Evet	N	22	17	19	1	59
	%	37,29	28,81	32,20	1,69	100
Hayır	N	21	37	25	2	85
	%	24,71	43,53	29,41	2,35	100
	Toplam	43	54	44	3	144
	%	29,86	37,50	30,56	2,08	100

Tablo 3.18’de hastaların eğitim durumlarıyla zarara uğrama dağılımları verilmiştir. Buna göre, şikayetçi olduğunu bildiren 22 (%37,29)’si ilköğretim, 17 (%28,81)’i lise, 19 (%32,20)’si üniversite ve 1 (%1,69)’i yüksek lisans mezunudur. Şikayetçi olmadığını bildiren 21 (%24,71) kişi ilköğretim, 37 (%43,53) kişi lise, 25 (%29,41) kişi üniversite ve 2 (%2,35) kişi yüksek lisans mezunudur.

Tablo 3.19: Şikayetçi Olma Durumu ve Çalışma Durumu

		Çalışma Durumu			Toplam
		Çalışıyor	Çalışmıyor	Kayıp Veri	
Evet	N	24	34	1	59
	%	40,68	57,63	1,69	100
Hayır	N	41	45	0	86
	%	47,67	52,33	0	100
	Toplam	65	79	1	145
	%	44,83	54,48	0,69	100

Tablo 3.19’de çalışmaya katılan hastaların çalışma durumları ve şikayetçi olma durumlarına ait tablo verilmiştir. Buna göre, şikayetçi olan 24 (%40,68) kişi çalışan, 34 (%57,63) kişi ise çalışmayan kişidir. Şikayetçi olmayan 41 (%47,67) kişi çalışan, 45 (%52,33) kişi ise çalışmayan bireylerdir. Çalışma durumu sorusuna yanıt vermeyen 1 (%1,69) kişi ise kayıp veriyi oluşturmaktadır.

Tablo 3.20: Şikayetçi Olma Durumu ve Başvuru Sıklığı

		Başvuru Sıklığı					Toplam
		Ayda Birkaç Kez	Birkaç Ayda Bir	Ayda Bir	Senede Birkaç defa	Birkaç Tercih Etmiyorum	
Evet	N	21	29	4	5	59	
	%	35,59	49,15	6,78	8,47	100	
Hayır	N	27	38	15	5	85	
	%	31,76	44,71	17,65	5,88	100	
	Toplam	48	67	19	10	144	
	%	33,33	46,53	13,19	6,94	100	

Tablo 3.20’de hastaların şikayetçi olma durumları ve başvuru sıklıklarına ilişkin dağılım verilmiştir. Bu tablonun altındaki temel mantık, daha sık hastanede bulunan kişilerin sağlık sistemi kapsamında zarara uğrama ihtimallerini daha fazla olması ve sık geldikleri bir ortam olduğu için şikayetçi olmak için bürokratik prosedürleri daha iyi bildikleridir.

Yukarıdaki tabloya göre, şikayetçi olduğunu bildiren 21 (%35,59) kişi ayda birkaç kez, 29 (%49,15) kişi birkaç ayda bir, 4 (%6,78) kişi senede birkaç defa ve 5 (%8,47) kişi hastaneye gelmeyi tercih etmediğini bildirmiştir. Şikayetçi olmayan 27 (%31,76) kişi ayda birkaç kez, 38 (%44,71) kişi birkaç ayda bir, 15 (%17,65) kişi senede birkaç defa ve 5 (%5,88) kişi hastaneye gelmeyi tercih etmediğini bildirmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Türkiye’ de uygulanan sağlık sistemi hali hazırda bir düzene oturtulabilmiş değildir. Sağlık alanında yaşanan sıkıntılar çok fazladır. 2003 yılından itibaren başlayan ‘’sağlıkta dönüşüm projesi’’ ile mevcut sıkıntılarda iyileşme hedeflenmiş, ancak halen daha iyileşme olarak kaydedilen gelişmeler, toplumun sağlık refahı açısından tatmin edici boyutlarda değildir. Sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren doktorların eğitiminin gerçekleştiği tıp fakültelerinde, hemşirelerin yetiştirildiği okullarda hastalar ile iletişim adına yeteri kadar eğitim verilmemektedir.

Hastanın bilgi alması yönetmelik ve yasalarla güvence altına alınmaya çalışılmıştır. Ancak hastaların hak ve sorumluluklarının öğrenebilmesi, kendi tedavi süreçlerine etkin olarak katılımlarını sağlanabilmesi ya da hastalara sunulan sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirebilmeleri için sağlık eğitimi verilememektedir. Sağlık bilgisine aç olan toplum çoğunlukla bu açlığını medyadan ya da internet yoluyla karşılamaya çalışmaktadırlar. Böyle olunca da insanlar sağlık kurumlarına olan güvenlerini kaybetmekte, hastalık anında kendi kendilerine teşhis koyup, yanlış tedavi yollarına sapabilmektedirler. Sağlı kurumlarına başvurmuş olsalar bile teşhis-tedavi aşamalarında sağlık ekibi ile çatışma yaşayabilmektedir. Araştırmamızda da görüldüğü üzere ev hanımları grubunun sağlık bilgisi ve sağlık okuryazarlığı verileri düşük seviyelerdedir. Bu grup gündüz kadın kuşağı programlarından yanlış bilgiler edinebilmektedirler. Denetimsiz bu programlarda yetkisiz kişiler sağlıkla ilgili yanlış bilgiler paylaşmakta ve ev hanımları dediğimiz grubu hedef alan bu programlardan dolayı toplumda sağlık bilgisi kirliliği oluşabilmektedir. Ev hanımlarının büyük bir oranı düşük eğitim seviyesi ve buna bağlı düşük çalışma oranına sahip olduğundan güvenilir sağlık bilgisine ulaşmaları da güçleşmektedir. Eğitimin ilk başladığı yer ev ve ilk öğretmende annelerdir. Eğitimde ilintili olarak sağlık eğitiminde sağlam temelli toplum istiyorsa hükümetler ev hanımı diye tabir edilen aslında ailenin ve toplumun yapı taşı olan bu kesimin yani annelerin eğitimine daha önem verebilmelidirler.

Anket çalışmamızda sağlık okur-yazarlığı yönünden özel şirket çalışanlarıyla ve emekliler arasında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Emekli kesimin belirli yaşa sahip olması, araştırma yapacak ya da eğitim alacak durumları olasılığı düşük olması, çıkan

bu farkı desteklemektedir. Keza her türlü bilgiye ulaşımın kolaylıkla internetle sağlandığı bu zamanda emekli kesimin internet kullanımının azlığı da göz ardı edilmemelidir.

Özel şirket çalışanlarının sağlık okuryazarlığının emekliler grubuna göre yüksek oranda çıkması bu grupta genç tabir edilen çalışan bir gurup olması büyük faktördür. Bu gurubun öğrenme algısı yüksek, çalıştıkları şirketler tarafından hizmet içi eğitimlere tabi tutulmaları, yine iş sağlığı ve güvenliği açısından çalışanların sağlık taramalarının yapılmasıyla sağlıkları açısından bilgileneceklerine ve sağlık durumlarını takipçisi olmalarına olanak sağlamaktadır. Özellikle iş yeri çalışan sağlığı taramalarının zorunlu tutulması çalışanlar üzerinde de sağlıkları açısından farkındalığı artırabilmektedir.

Hastaların bilgilendirilmeleri hususunda kanun ve yönetmelikler aracılığı ile yaptırımlar getirilmeye çalışılmıştır. Ama bu yönde de personel eksikliği, hastane binalarının eski olmasından dolayı gerekli fiziki düzenlemelerin yapılamaması, hasta bilgilendirmelerinde kullanılan materyallerin yetersiz olması ya da yanlış uygulanması, bilgilendirme görevini spesifik yapabilecek birimler kurulamamış ve birimlerde çalışabilecek eğitimli personelin temin edilmemesi sorunları yaşanmaktadır. Hastanelerde hasta hakları kurulları kurulmuş ancak hastalar tarafından böyle bir kurumun varlığı ve faaliyetleri bilinmemektedir.

Hizmet kalitesinin önemli bir kısmını oluşturan bilgilendirme faaliyetlerinin tam yapılıp yapılamadığına yönelik ölçüm olarak kullanılacak çalışmalar kısıtlıdır. Hizmet subjektif olduğu için, kalitesinin de ölçümü tam ve doğru yapılması zorlaşabilmektedir. Kalite ölçümleri sonrasında tespit edilen olumsuzluklara yönelik iyileştirmeler sözde olmakta, özde yapılamamaktadır. Bütün sağlık hizmetleri hasta odaklı olarak hedeflenmelidir. Sağlık hizmeti sunucularının tek amacı hasta insanlara hizmet sunmak ta değildir. Sağlık hizmetinin amacı toplum sağlığını korumak, sağlık düzeyini yükseltmek, sağlık düzeyinin yükselmesi için devlet destekli sağlık eğitimlerine önem verilmesini sağlayabilmektir. Yani bireyin hasta olmaması için çaba göstermek, daha ucuz ve kolaydır. Her önleme rağmen birey hastalıkla tanışmışsa bu yönde de insan haklarında yer alan yaşam hakkından dolayı hizmet verilmesi ve sağlığına kavuşturulması şarttır. Sağlık kurumlarına başvuran her hastanın yanlış, eksik bilgilendirilmesi ya da bilgilendirilmemesi sonucu kaybedilecekler hastanın yaşamı ya

da sakat kalmasıdır. Bu bağlamda sağlık alanında hizmet veren herkesin bu sorumluluk ve özenle işini yapması insani, vicdani ve mesleki bir zorunluluk olmalıdır.



ÖNERİLER

- Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı işbirliği yaparak ve ilköğretim kurumlarından başlanarak toplumda sağlık okuryazarlığı için eğitim programı yapılması gerekmektedir.
- Halkın sağlıkla ilgili genel olarak bilgi alabilecekleri kurumların kurulması ve bu alanda hizmet verecek personelin yetiştirilebilmesi sağlanmalıdır.
- Hastanelerde hasta bilgilendirmelerin tam yapılması için sağlık personellerinin üzerindeki iş yoğunluğunun azaltılması, bunun içinde personel eksiklikleri giderilmelidir.
- Medya organları ve internet üzerinden sağlık açısından toplumu yanlış yönlere sevk edecek, insan sağlığını olumsuz etkileyecek her türlü haber, ürün, ilaç, alet, cihaz reklamı yasaklanmalı ve devlet kontrolünde olmalıdır.
- Hastane yapım projeleri hastaların hizmete ulaşmalarını kolaylaştıracak şekilde planlanmış olmalı, eski binalarda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Hasta ve yakınlarının hastane içlerinde yönlerini bulabilmeleri için bütün yönlendirme ve bilgilendirme tabelaları eksiksiz, anlaşılır şekilde yapılmalıdır. Bu şekilde bilgilendirmelerde özürü hastalar içinde gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır.
- Sağlık sunumu yapan her türlü personel hizmet içi eğitimlerle desteklenmeli, personel kaynaklı sorunların önüne geçilmelidir.
- Her türlü sağlık kurumunda hasta okulları olmalı ve toplumun sağlık açısından eksik yanları tespit edilip bu yönde eğitimler sağlanmalıdır.
- Sağlık hizmeti alan toplumun memnuniyetini ölçmek için sık sık çalışmalar yapılmalı ve sonuçlara göre gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

01.08.1998 Tarihli, 23420 sayılı Resmî Gazete yayını

02/11/2011 tarih ve 28103 sayılı resmi gazete yayını.

Akbaş, E., Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi örneği), (Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 2014, İstanbul

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Engelli Hastalar için uygulamalar.14.11.2018
<https://ankaraeah.saglik.gov.tr/TR,274112/hastanemizde-engelli-uygulamalari.html>, (20.06.2019)

Atalay, N., Seçili Kamu Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti Üzerine Çok Boyutlu Bir Araştırma (İstanbul Arel Üniversitesi , Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi), 2019, İstanbul

Ateş, M., Sağlık Sistemleri, Beta Yayıncılık,2013, İstanbul,

Demirli, P., Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği (Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 2018, Edirne

Devebakan, N., Mehmet Aksaraylı, M., Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı Ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 5, Sayı:1,2003, ss.49

Erer, S., Kitle İletişim Araçları ve Tıp Etiği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2013;3,ss 24-28

Gençyürek Erdoğan, M., E-sağlık Okuryazarlığı: Dijital Mecralarda Sağlık Reklamları (Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi), 2019, Sivas

- Gezer,H., Hastanelerde ve Sağlık Merkezlerinde Erişilebilirlik, İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi, Bahar 2014, İstanbul, ss. 113-133
- Görkemli, N., Sağlık İletişiminde İnternet Kullanımı Üzerine Bir Araştırma http://www.tojdac.org/tojdac/VOLUME7-ISSUE1_files/tojdac_v07i1111.pdf, (15.06.2019).
- Gözlü, K., Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Örneği (Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi), 2018, Ankara
- Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyabet ile ilgili broşürler <https://goztepeah.saglik.gov.tr/TR,89492/diyabetle-yasamak.html>,(20.06.2019)
- Güler, G., Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri , Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi Sempozyum Dizisi No: 48, İstanbul, Şubat 2006, ss.31-42
- Güven, A., Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi, (Hacettepe Üniversitesi , Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 2016, Ankara
- Hasta Karşılama, Danışma ve Yönlendirme Talimatı. <https://docplayer.biz.tr/3304589-Hasta-karsilama-danisma-ve-yonlendirme-talimati.html> (20.06.2019)
- ICS 11.180.01; 91.040.30 TÜRK STANDARDI TS 9111/Kasım 2011
- Karagöz, K., Sağlık İletişimde Sosyal Medyanın Rolü: Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Sosyal Medya Kullanımının İncelenmesi,(İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi),2016, İstanbul
- Kavuncubaşı, Ş., Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitapevi,2000, Ankara

Kırbaş, C., Hastanelerde Mimari-Mekanik Proje Tasarımı ve Uygulama Esasları,(
Tesisat Mühendisliği, 01-02/2012 sayı,ss15-30

Kırılmaz, H., Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde
Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine
Bir Alan Araştırması, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 4,
Sayı: 1, Ocak 2013,ss11-21

Özdemir, H., Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları ve Algılanan
Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi (Sivas Cumhuriyet
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi),
2019, Sivas

Özer, O., Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı ile Hizmet
Sundukları Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Memnuniyet Düzeyleri
Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 2018, İstanbul

Özer, O., Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla
Yapılan Anket Ç alışması İle Hasta- Hekim İletişiminin İncelenmesi , (Şişli
Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü,
Yayınlanmamış Uzmanlık tezi), İstanbul, 2007

Özün, B., Allerjik Hastaların Uyması Gereken Kurallar Konulu Hasta Bilgilendirme
Formunun Okunabilirliğinin Değerlendirilmesi, (Bülent Ecevit Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi), 2015, Zonguldak

Sağlık Bakanlığı, Bali Bildirgesi, 11.02.2015
<https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/bali.htm> (10.01.2019)..

Sağlık Bakanlığı, Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi, temmuz
2015,[http://hastane.ksu.edu.tr/depo/belgeler/Anket%20Uygulama%20Rehberi_1
710261642248279.pdf](http://hastane.ksu.edu.tr/depo/belgeler/Anket%20Uygulama%20Rehberi_1710261642248279.pdf) (25.06.2019).

Sönmez, S., Ortaöğretimde Sağlık Okuryazarlığı , (Hacettepe Üniversitesi, Eğitim
Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi), 2015, Ankara

Şen, F., Sosyal Güvenlik Kurumu Hekimlerin Muayene Süresini Belirleyemez, <http://www.fezasen.com/sosyal-guvenlik-kurumu-goz-hekimlerinin-muayene-suresini-belirleyemez> (24.06.2019)

TBMM, Sağlık tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/belge/um_sagliktesislerindehas-tahaklari.pdf (15.06.2019)

TBMM, Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge, https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/belge/um_sagliktesislerindehas-tahaklari.pdf (21.06.2019).

TBMM, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf (05.01.2019).

Teleş, M., Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri ve Hasta Sonuçlarına Etkisi: Kardiyoloji Polikliniğine başvuran Hastalar Üzerinde Bir Araştırma (Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi), 2018, Ankara

Tevfik Özlü, Hasta Hakları ve Sağlık Çalışanları, 20.06.2005, <https://www.medimagazin.com.tr/authors/tevfik-ozlu/tr-hasta-haklari-ve-saglik-calisanlari-72-45-588.html> (28.06.2019).

TÜİK, Türkiye Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 05.11.2014, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16161> , (27.06.2019).

Türk Tabipler Birliği, **1219** sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 08/11/2014 http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=1014:1219-tababet-ve-uabati-sanatlarinin-tarzi-crasina-dar-kanun&catid=1:yasa&Itemid=28 (15.01.2019)

Türk Tabipler Birliği, Aydınlatılmış onam Klavuzu, 19/11/2013, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=983:onam&Itemid=65 (28.06.2019).

Türk Tabipler Birliği, Sağlık Alanında ‘‘ Hizmet Kaynaklı Zarar ‘‘: Hekimler Ne Diyor, Haziran 2011, <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/hizmetzarar.pdf> (26.06.2019).

Uğurluoğlu, Ö., Çeli,Y., Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1,ss7, (2005)

Yeşildal, M., Yetişkin Bireylerde Dijital Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki: Konya Örneği(Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 2018, Konya

Yirmibeşoğlu, E., ve Diğ.,Kanser Hastalarının Bilgi Arayışında İnternet Kullanımı, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Şubat 2012,ss.125-128

EKLER

Ek-1 Anket Soruları

Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirmelerin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi

Bu anket çalışması Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirmelerin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Elde edilen bilgiler yalnızca araştırmanın amacı doğrultusunda kullanılacak olup kişi bilgileri saklı tutulacaktır. Araştırmaya verdiğiniz bilgilerin eksiksiz olması ve seçeneklerin boş bırakılmaması araştırmanın sonuçları açısından önemlidir. Katılımlarınız için teşekkür ederiz.

Ferda KARTAL

Prof.Dr.Nihat KÜÇÜKSAVAŞ

1)Yaşınız.....

2)Cinsiyetiniz.....

3)Medeni haliniz;

1. Evli() 2.Bekar() 3.Boşanmış()

4)Kaç çocuğunuz var?

a) 1() b) 2() c) 3() d) 4 ve üstü() e) çocuğum yok()

5)Eğitim durumunuz nedir?

1.okur-yazar değil () 2.ilkokul() 3.lise() 4.üniversite()

5.yüksek lisans() 6.doktora() 7.yrd.doç-doç –prof.()

6)Çalışıyor musunuz?

a) evet

b)Hayır

7) Mesleğiniz nedir?

1.()Kamu personeli.....

2.() Özel şirket çalışanı.....

3.() Ev Hanımı.....

4.()Esnaf

5.()Öğrenci

6.()Serbest

8)Sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti almak için başvuru sıklığınız nedir?

- a) Ayda bir veya birkaç kez b)Birkaç ayda bir c)Senede bir defa
d)Genelde sağlık kuruluşlarına gitmeyi tercih etmiyorum

		1.Tamamen Katılıyorum	2.Kısmen Katılıyorum	3.Kararsızım/Fikrim yok	4.Çok az katılıyorum	5.Kesinlikle Katılmıyorum
09	Sağlık personelleriyle bilgi talebinde ve yönlendirme konusunda problemler yaşıyorum					
10	Sağlık personellerinin hasta ve hasta yakınları bilgi talep ettiğinde çoğu zaman bilgi vermiyorlar					
11	Sağlık personellerinden bilgi istemeden de, internetten, tv den, kamu spotlarından, tanıdık-akrabalardan ya da başka kaynaklardan sağlıklı ilgili bilgiye ulaşabilirim					
12	Sağlık ile ilgili dış kaynaklardan (tv,tanıdık vs.) elde ettiğimiz bilgi ile sağlık personelinden edindiğimiz bilgi farklı.					
13	Hastanelerde muayene, tetkik, tahlil yaptıracağımız bölümleri bulmakta zorlanırım.					
14	Hastalıklarımız yada ilaçlarımız hakkında sağlık personellerine(Dr., hemşire, sekreter vb) soru sormaya çekinirim.					
15	Hastanelerdeki tanımlayıcı yön levhalarının, işaretlerin ve personelin yetersizliğinden dolayı problem yaşıyorum					
16	Hastanelerde tarafımıza yapılan işlemler esnasında sağlık personeli tarafından sözel ve yazılı bilgilendirme yetersiz yapılıyor.					
17	Sağlık personelleri hasta ve hasta yakınlarına bilgi verirken çok fazla tıbbi terim kullandıklarından bir şey anlamadığıma,					

		1.Tamamen Katılıyorum	2.Kısmen Katılıyorum	3.Kararsızım/ Fikrim yok	4.Çok az katılıyorum	5.Kesinlikle Katılmıyorum
18	Toplumda sağlık eğitimi almamış kişilerin sağlık bilgisi ve tedavi yeteneği olabilir.					
19	Toplumda kulaktan dolma yanlış sağlık bilgisi olan çok kişi vardır.					
20	Sağlık personellerinin bazıları, bilgi istendiğinde öfkeyle cevap veriyorlar.					
21	Yeterli Tıbbi bilgim olmadığından kaliteli hizmet alıp almadığımı değerlendiremiyorum.					
22	Maddi olarak gücümüz olmadığına daha düşük kalitede sağlık hizmeti alıyorum.					
23	Sağlık kuruluşlarındaki yoğunluğun aldığım hizmetin kalitesini düşürdüğüne inanıyorum.					
24	Sağlık kuruluşlarında daha önce yaşadığım tecrübelerden bilgim artmaktadır.					
25	Aldığımız sağlık hizmetinin daha kaliteli olabilmesi için tarafıma bilgilendirme yapılmasının etkili olacağını düşünüyorum.					
26	Hasta ve hasta yakınları olarak doğru ve güvenilir sağlık bilgisine ulaşmamız sonucunda memnuniyet oranımız da artacaktır.					
27	Hasta ve yakınları olarak sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyetinin göz önünde bulundurulduğunu düşünmüyorum.					
28	Her geçen gün sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyetini olumlu yönde artırmak için çalışmalar yapıldığını düşünüyorum.					

Soru no:		1.Tamamen Katılıyorum	2.Kısmen Katılıyorum	3.Kararsızım/Fikrim yok	3.Kararsızım/Fikrim yok	5.Kesinlikle Katılmıyorum
29	Sağlık hizmeti sunan personelin bilgisi ve tecrübesine güvenimin tamdır.					
30	Devlet eliyle temel eğitimde toplumun, sağlık konusunda bilgilendirilmesi gerekir.					
31	Sağlık eğitimi için devlet denetiminde gerekli doküman, video, tv yayınları olmalıdır.					
32	Sağlık kuruluşlarında sağlık personellerinin gerekli bilgilendirmeyi yapabilmesi için zaman, doküman, materyal ve personel açısından gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.					
33	Toplumun her kesiminde sağlık bilgisine ulaşılabilirlik hızlı doğru ve güvenilir bir şekilde olmalıdır.					
34	Sağlık alanında bilgilendirmeye değil işlemlere önem verilmesi gerekir.					
35	Sağlık bilginin az olmasından dolayı olayın farkına varmıyoruz.					
36	Bilgilendirme ve yönlendirme yapılmamasından dolayı hasta olarakta hasta yakını olarakta zarara uğradım.					
37	Bilgilendirme ve yönlendirme yapılmamasından dolayı hasta olarak ta hasta yakını olarak zarara uğramadım					
38	Sağlık kuruluşunda bilgilendirme/yönlendirme yapılmadığı için ben/yakınım şikayetçi olduk.					

TEŞEKKÜR EDERİZ.

Ek-2 Etik Kurul Raporu



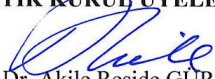
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ

REKTÖRLÜĞÜ

12.02.2019


Enstitümüz İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (tezli) programı öğrencisi **Ferda KARTAL**' ın "**Hasta Bilgilendirme ve Yönlendirmelerin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği**" konulu tezine anket çalışması yapması Etik Kurulumuzca uygun görülmüştür.

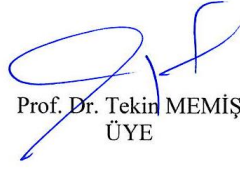
ETİK KURUL ÜYELERİ



Prof. Dr. Akile Reşide GURSOY
BAŞKAN

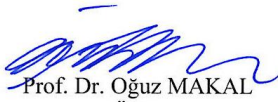

Prof. Dr. Turgut ÖZKAN
ÜYE


Prof. Dr. Selahattin SARI
ÜYE


Prof. Dr. Cenk DEMİRKIRAN
ÜYE


Prof. Dr. Tekin MEMİŞ
ÜYE


Prof. Dr. Ali Vahit TURHAN
ÜYE


Prof. Dr. Oğuz MAKAL
ÜYE


Prof. Dr. Nihal KÜÇÜKSAVAŞ
ÜYE


Prof. Dr. Özgür Ömer ERSİN
ÜYE

Beykent Üniversitesi İletişim Hattı: 444 1997 - 0850 340 34 34 - www.beykent.edu.tr

Ayazağa-Maslak Yerleşkesi: Ayazağa Mahallesi Hadım Kuru Yolu Cad. No: 19, Sarıyer 34396 İstanbul / Faks: (0212) 289 64 90
Beylikdüzü Yerleşkesi: Cumhuriyet Mah. Gürpınar Yolu Cad. No: 3/A, Beykent Siteleri, Büyüçekmece 34500 İstanbul / Faks: (0212) 867 55 68
Taksim Yerleşkesi: Siraselvililer Cad. No: 65, Taksim, Beyoğlu 34437 İstanbul / Faks: (0212) 243 02 78 info@beykent.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

10 Mart 1980 Tunceli/Pertek'te doğdu. İlkokulu, ortaokulu ve lise öğrenimini Pertek'te tamamladı. 2003 yılında Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksek Okulundan hemşirelik bölümünden lisans diplomasını aldı. Şuanda Beykent Üniversitesinde tezli yüksek lisans öğrencisi olarak devam etmektedir. Sırasıyla Ankara Özel Çağ Hastanesi, Başkent Üniversite Hastanesi, Ankara Güven Hastanesi, Şırnak Cizre devlet Hastanesinde hemşire olarak görev yaptı. Halen Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesinde hemşire olarak çalışmakta. Bekar ve bir erkek çocuk annesidir.

Ferda KARTAL